

Хайман Спотниц
Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники

Издательство: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004 г., 296 стр.
ISBN 5-88787-028-1

От издателя
Книга выдающегося американского психоаналитика доктора Хаймана Спотница излагает его теорию современного психоанализа, которая открыла новые перспективы в лечении доэдипальных расстройств.

В течение многих лет специалисты, которых обучал и супервизировал доктор Спотниц, ассимилировали разработанные им приемы, благодаря чему такие прежде не поддававшиеся лечению заболевания, как шизофрения, стали доступны для специальных аналитических техник.

Данное издание книги содержит описание этих техник, позволяющих эффективно работать в русле современного психоанализа.

Оглавление:

ПРЕДИСЛОВИЕ

Будучи студентом-медиком, в начале 1930-х годов, я стал проявлять интерес к пониманию шизофрении. Она была одной из важнейших сфер научных изысканий того времени и принятие жертвы этого расстройства для психоаналитической терапии часто отражало не более чем надежду частнопрактикующего врача: "неизвестно каким образом можно помочь ему стать нормальным".[1] Несколькими годами позднее, когда я начал свою практику в психиатрии, распространенное тогда мнение все еще отражало терапевтическую неэффективность.

В результате я был удивлен открытием того что шизофренические пациенты, с которыми я работал, отвечали на психоаналитическое понимание. Мой собственный опыт противоречил представлению о том, что им нельзя было помочь психологическими методами, и я все время думал, как лучше это сделать. Не было основной теории применения психоаналитического метода к шизофреническим пациентам, и мои усилия применять его в подобных случаях были отвергнуты известными аналитиками у которых я обучался. В то время когда изыскивалась основа проведения лечения, я пытался найти ответ, почему использование концепций Фрейда вело к разочарованию?

Пытаясь рассчитать мои успешные результаты и, что более важно, мои неудачи, я систематически пересматривал различные препятствия освещаемые в литературе и решения, которые подходили к моим случаям. В конечном итоге стало очевидным, что, учитывая сложности трансферного феномена при лечении шизофрении и роль агрессии, весь лечебный процесс может быть сформулирован в рамках базового психоаналитического метода.

Операциональным принципам, которые я разрабатывал и которые использовались бывшими студентами и коллегами в частном лечении психотических и пограничных состояний, обучались другие. Некоторые из принципов стали темой коротких отчетов, представленных мной и другими психоаналитически обученными врачами, а клиническое применение теории было изложено мной в серии лекций (неопубликованных) в Stuyvesant Polyclinic, New York, в 1962 году. Однако теория, в том виде, в котором она была систематизирована, появилась сначала здесь.

Написанная как для студента-аналитика, так и для клинициста с богатым опытом в использовании основных принципов психоаналитического метода, книга предназначена для того чтобы служить теоретическим путеводителем по ведению амбулаторных случаев шизофрении и облегчать понимание их результатов. В ней предлагаются клинические иллюстрации некоторых формулировок, но книга не была задумана как практическое руководство. Я надеюсь что она внесет вклад в

[1] A. A. Brill American Journal of Psychiatry

развитие системного подхода в терапии преэдипальных расстройств и в установление крепкой теоретической базы для расширения базовой модели техники.

Здесь представлена специфическая рабочая гипотеза лечения шизофренического пациента. Он рассматривается в перспективе которая внесет свой вклад в разрешение болезни посредством фундаментального изменения и созревания личности. Нуклеарная проблема рассматривается как то, чем можно овладеть психологически с помощью специфических эмоциональных ответов психоаналитика. Описывается как эти ответы вызываются и когда и как предполагается их предоставить. Объясняется отношение между эмоциональными взаимодействиями и терапевтическим прогрессом.

Учителям и коллегам, особенно моим пациентам и студентам, оказавшим неоценимую помощь в развитии этой теории. Идеи, которые я представил ,обсуждались со многими пациентами. Время от времени они увеличивали мое понимание эмоциональных факторов, которые облегчили их терапевтический прогресс и выздоровление.

Моей жене, Miriam Berkman Spotnitz, обеспечившей вдохновение, интерес и сотрудничество, что сделало работу, описанную в этой книге, возможной. Нашим сыновьям, д-рам Henry M., Alan J., и William D., внесшим необходимую критику.

Julia Older Bazer за её редакторское сотрудничество, вложенное в эту книгу.

Hyman Spotnitz
New York City

ГЛАВА I
ЛЕЧЕНИЕ В ОБЩЕЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

"Ошибки являются огромным препятствием
в научном прогрессе; исправление таких
ошибок практически более ценно чем
достижение новых знаний"

Eugen Bleuler [12 ,p.280]

Общие принципы обратимости шизофренических реакций были открыты Фрейдом. Тем не менее, научные ошибки, исторически обусловленные, затрудняли открытие, а клинический опыт Фрейда убедил его в том, что это расстройство было психологически необратимо.

Отказ шизофреническим индивидам, как неподходящим кандидатам для психоанализа отражал общее влияние фрейдовских предубеждений (1913) что аналитик, который предпринимал лечение подобных случаев, "совершал практическую ошибку; он нёс ответственность за бесполезные расходы и

дискредитировал свой метод лечения. Он не мог выполнить своего обещания вылечить". [42]

Фрейд не уравнивает понятия "вылечивать" и облегчать явные и тягостные симптомы расстройства, обучая пациента приспосабливаться к ним, или даже достигать определённого уровня улучшения. Под этим словом он подразумевал искоренение причины болезни, посредством чего добиваются базовых изменений в динамике личности. Психическая жизнь личности, которая успешно сотрудничает по правилам и требованиям психоанализа" постоянно изменяется, поднимаясь на высокий уровень развития и остаётся защищённой от новых рецидивов болезни", по утверждению основателя психоанализа [37,28 th lecture]. То было обещанием ,в котором он отказал шизофреникам.

Убежденность в неизлечимости разделял д-р Eugen Bleuler, швейцарский психиатр ,который в начале века использовал психоаналитическое понимание в изучении этих пациентов в клинике Бургхёльцли, близ Цюриха. Его основной подход к подобному состоянию фундаментально отличался от подхода Emil`я Krepelin`a (1896), который относил это к "порче" мозга или какому-либо другому необратимому органическому процессу .Классифицируя это как " dementia praecox " , Kraepelin использует термин demence precoce , введённый в 1860-х ГОДАХ BENEDICT`ОМ A. MOREL`ЕМ, Французским психиатром, который относил его к категории дегенеративного умственного заболевания, жертвами которого обычно были молодые люди. Bleuler (1911) концептуализировал "группу" расстройств, весьма отличающихся по течению и остроте, но в целом характеризующихся "специфическим типом повреждения мышления, чувств и отношения к внешнему миру, которые ни в чём так больше не проявляются, кроме этой особой манеры" .С тех пор, как это повреждение сменилось "расщеплением" в психических функциях, он придумал название "шизофрения", от греческого schizein (расщеплять) и phren (ум ,психика),чтобы обозначать эти относительные расстройства. Несмотря на очевидность их изменяемости посредством психологических, а также других видов терапии, используемых в Бургхёльцли, Bleuler верил что шизофрения не допускает полного restitutio ad integram. "Мы говорим не об излечении, а об имеющих большие последствия улучшениях" - пишет он[12].

Объём литературы по этой болезни указывает на то, что поиски только одной специфической этиологии не увенчались успехом. Вероятно это расстройство сверхдетерминировано. Насколько мы знаем нет ни одного врождённого шизофреника, однако биологическая наследственная предрасположенность к болезни по-видимому имеет определеное значение в сочетании с конституциональными и случайными факторами. Случаи, которые казались первично детерминированными жизненным опытом, рассматривались как легко обратимые. Тем не менее, не взирая на этиологию, не доказано, что это состояние полностью необратимо. Мнение о том, что оно может быть функциональным заболеванием нервной системы, опирается на многие описанные спонтанные ремиссии в такой же мере как и на быструю обратимость психотических состояний, связанных с лечением тяжёлых случаев болезни посредством шоковой терапии, особенно инсулиновым шоком.

Терапевтический негативизм, который окружает этот диагноз с начала века, уменьшается от поколения к поколению. Например, в 1912 году, британский аналитик M. Culpin описывает вылеченные им несколько случаев, в которых диагноз кажется наиболее вероятным. Проверки, сделанные Karl`om Meninger`om в третьем издании The Human Mind (1945) отразили медленное повышение кривой оптимизма. Менее апологетично, чем в первом издании, опубликованном за 15 лет до этого, Menninger указывает: "Насколько верно, что большинство случаев шизофрении не излечимы, настолько же верно, что многие случаи излечимы... . Я рад возможности заявить, что сейчас признаётся, что эта страшная болезнь небезнадёжна благодаря разнообразным способам быстрого и искусного лечения".

Мнение, представленное в 1960-х г.г. д-ром Silvano Arieti (1962) "Если может быть установлена межличностная ситуация, то к шизофреническому пациенту можно применить некоторые методы, посредством которых он начинает осознавать вначале свои психотические интрапсихические механизмы, а позднее, динамические конфликты, межперсональные по происхождению, которые запускают эти интрапсихические механизмы. Эти процессы позволяют пациенту отказаться от его симптоматики и ориентировать себя к большей зрелости и непсихотической жизни".

Постепенная замена термина " dementia praecox " также внесла в современное состояние ноту осторожного оптимизма. В 1952 году вышло в свет диагностическое руководство американской психиатрической ассоциации, в которой термин "шизофреническая реакция "сменил " dementia praecox (шизофрения)". Девять типов шизофренических реакций были размещены среди расстройств "психогенного происхождения или без чётко определённой физической причины или структурных изменений в мозге"[2]. Согласно руководству, все эти расстройства характеризуются "выраженной тенденцией к уходу от реальности, эмоциональной дисгармонией, непредсказуемыми нарушениями в течении мыслей, регрессивным поведением и, у некоторых, тенденцией к ухудшению". Эти реакции могут быть непсихотической природы. Руководство намеренно классифицирует их как психотические, относя, однако, к латентным, начальным, препсихотическим и постпсихотическим (резидуальный тип) реакциям, которые покрывают многие случаи , которые сейчас лечатся в частной практике.

Эти, в кратце, родственные состояния, которые, в общем, описаны на сегодня как главная проблема в психиатрии. Долгие годы с ней боролись различными способами. Соматические и психологические методы лечения применялись отдельно или в комбинации, в индивидуальных случаях, и часто дополнялись манипуляцией окружением. Основная ориентация терапевта и его преконцепция проблемы оказывают своё влияние в такой же мере, как практические соображения и конкретные обстоятельства. С одной стороны находятся терапевты, которые приняли идею, что пациент страдает от основного личностного дефекта, который не может быть исправлен попыткой редуцировать его последствия каким-нибудь

---

[2] Во втором издании руководства (1968), тем не менее, реактивный период отнесён к "шизофрении" .Ревизия, дополненная включением биологической этиологии и, поэтому, воспринятая как шаг назад многими психиатрами в США, была принята в интересах приведения американской номенклатуры в соответствие с международной классификационной системой, недавно введённой под эгидой ВОЗ. В предисловии ко второму изданию отмечено: "Изменение названия не меняет природу расстройства и не будет мешать продолжающимся дебатам о его природе и причинах".

лекарством или же обучить его "жить с" ним. С другой стороны находятся те, кто, надеясь, что ядерный дефект может быть устранен, изучают метод, который они считают наиболее подходящим для этой цели.

Как постоянный психиатр и исследователь в Нью-Йоркском психиатрическом институте с 1938 по 1950 г.г., я изучал различные виды терапии, которые в то время использовались в работе с госпитализированными шизофрениками. Широко применялся инсулиновый шок. Я видел многих пациентов, которые, после проведённого таким образом лечения, внезапно вышли из острого психотического эпизода. Ещё более впечатляющими были их реакции на безопасные дозы инсулина. Применяемые ежедневно, в субкоматозных дозировках, они освобождали их от психотических проявлений [86] .

Однако, успешности химических и физических методов, применяемых с целью быстрого возвращения этих людей к реальному миру или "транквилизации" их, чтобы оставаться в нем , оказалось недостаточно для того, чтобы расширить наше познание шизофренического процесса. Ни один из этих методов не предлагает возможности достичь эффективных длительных структурных изменений в личности.

Я также я исследовал различные системы психологического лечения, применявшегося в этих случаях. Психоаналитическая теория развития личности дала мне наибольшее понимание людей, страдающих тяжёлыми расстройствами, чем другие подходы. Использование определенных психоаналитических познаний, которых я достиг, вдохновило меня на то, чтобы разделить это понимание с ними на терапевтическом пути.

Тренинг в психоаналитическом методе дал мне возможность проверить отзывчивость шизофренических пациентов на обычные аналитические процедуры и установить, что модификации указывали на более эффективную работу с ними[3]. Последующий клинический опыт произвёл на меня странное впечатление, что взгляды Фрейда о недоступности этих пациентов психологическому воздействию привели к сужению целого поля психоаналитической терапии.

Поворот этой тенденции настоящим образом начался с середины века. Последние два десятилетия, психоаналитики, так же как и психотерапевты других школ, плодотворно посвятили себя лечению людей с тяжёлыми эмоциональными нарушениями. Из-за их пионерских усилий смогли проявиться ошибки в раннем применении психоаналитического метода к таким пациентам. Препятствия, которые встретил в их лечении Фрейд, привели его к заключениям, теоретически опровергнутым в наши дни. Значение клинической очевидности в настоящее время дает возможность понимать сделанные им оговорки и примирять их с нашим современным пониманием.

Теория психоаналитической техники опирается на исследование трансфера и сопротивления. Фрейд обсуждает эти концептуальные ориентиры в своих Вводных

---

[3] Мой первый доклад по психоаналитическому лечению тяжёлых психиатрических расстройств был опубликован в 1952 г. [80]. Это проистекало из исследовательского проекта, проводимого под эгидой агентства детского руководства, по амбулаторному лечению детей и подростков. Два доклада по проекту появились в 1954 и 1956 гг. [82, 109]. Другие доклады, опубликованные после 1954 г., касались, главным образом, офисного лечения взрослых и подростков, состояния которых диагностировались как шизофрения или Borderline [101, 102, 103, 105, 106, 108, 110]. Случай кататонической шизофрении, который я в своей ранней практике лечил в условиях больницы, был описан ретроспективно (и неформально/ в 1961 г. [104].

Лекциях (1917), короткие цитаты из которых приведены далее [37, 26th-28th lectures]. Из-за тенденции пациента переносить эмоции, происходящие из критических взаимоотношений ранней жизни, на аналитика, лечебное партнерство служит матрицей, в которой "новые выражения старых конфликтов" могут быть репродуцированы, исследованы и разрешены. Поэтому трансфер предусматривает "поле битвы, на котором должны встретиться все противоборствующие силы". Сопротивление охватывает различные препятствия к аналитическому процессу, где основным (из них) является внутреннее сопротивление основному правилу свободных ассоциаций. Существенным достижением лечения является продвижение пациента к "высокому уровню эмоционального развития" через преодоление этих сопротивлений. В этой задаче Фрейд полагается в основном на технику интерпретаций, посредством которой пациенту объясняется смысл его коммуникаций.

Фрейд рассматривает этот метод лечения как каузальную терапию различных форм психоневрозов, таких как истерии и компульсии. Они обозначаются как "трансферные неврозы", потому что пациенты с этими, относительно мягкими состояниями, реагируют на классическую аналитическую ситуацию развитием трансферного невроза, который делает их восприимчивыми к психологическому воздействию.

С другой стороны, Фрейду казалось что люди с более тяжёлыми расстройствами - "нарциссическими неврозами", включая шизофрению - не способны к трансферу, или способны к нему лишь частично". Рабочие концепции трансфера и сопротивления не могут с пользой применяться в их лечении, отмечает он, так как "они не проявляют трансфера" и "их сопротивление непобедимо."

Эти впечатления легко объяснить в рамках данного же описания. Психоаналитический метод, как его концептуализировал и применял Фрейд, был эффективен с пациентами, способными развивать трансфер к аналитику как к отдельному объекту. Когда он описывал трансфер, существовало только одно понимание его - *объектный* трансфер. Он полагал, что каменная стена нарциссизма приведёт лечение к неудаче, потому что подобное сопротивление не может быть разрешено посредством одного способа коммуникации.

Корректируя эти утверждения, следующая цитата гласит: "они проявляют неполный объектный трансфер" и "их сопротивление не поддаётся технике интерпретации". Многие психотерапевты-аналитики которые лечат патологических нарциссических пациентов, сегодня согласятся с этим.

Другими словами, на основе успешного клинического опыта с пациентами, которые имеют высокий уровень эмоционального развития, Фрейд постулирует потребность в определённом типе трансферного объекта и рекомендует специфическую технику для преодоления сопротивления. Это то, что привело его к заблуждению.

Каждый шизофренический индивид способен в какой-то степени к объектному трансферу, но успешно развить его, чтобы сделать пациента чувствительным к интерпретации, в техническом смысле слова, является решающей проблемой в его лечении. В его болезнь вовлекаются первичные чувства (pre-feelings) или ранние эго состояния, испытываемые в первые месяцы жизни, перед

тем, как ребенок станет дифференцировать себя от не себя. В некоторых случаях эти недифференцированные чувства исключают перенос чувств, которые развиваются к значимым объектам несколькими годами позднее; тогда наблюдается то, что Фрейд описывал как "стена, которая останавливает нас" [37, 26 th lecture]. Этот феномен в настоящее время описан как *нарциссический* трансфер. Фрейд и его современники не признавали существование нарциссического трансфера как такового, и не знали, как использовать его в терапевтических целях.

С тех пор неоднократно демонстрировалось, что нарциссический трансфер терапевтически полезен. Когда аналитик, лечащий пациента в нарциссическом состоянии, функционирует как нарциссический или эго-синтонный объект, нарциссический трансфер не разворачивается, и существует возможность его вытеснения обычным объектным трансфером. И паттерны сопротивления, которые нельзя благополучно преодолеть объективной интерпретацией, можно разрешить посредством других способов коммуникации. Более того, если эти коммуникации ориентированы на конечную цель - помочь пациенту стать эмоционально зрелым, операциональные концепции трансфера и сопротивления будут контролировать весь процесс устранения препятствий, с которыми он сталкивается на каждой ступеньке лестницы, ведущей к эмоциональной зрелости.

Эти открытия помогли развеять мнение о том, что личность страдающая шизофренией, невосприимчива к аналитическому лечению. Сейчас, когда мы признаём и понимаем, как использовать феномен нарциссического трансфера, чтобы символически возрождать кластеры очень раннего опыта, вовлеченного в болезнь, и оказывать более мощное воздействие, нет оснований для исключения уместных рабочих гипотез из теории психоаналитической техники. Сегодня, когда мы также признаём , что сопротивление может быть примитивной формой коммуникации или иметь коммуникативное значение, теория ее лечения основывается на другом клиническом краеугольном камне психоаналитического метода.

Сопротивление часто рассматривается как сила, препятствующая переходу бессознательного в сознание. В эффективном лечении личности, страдающей шизофренией, она ставит препятствия, которые обычно труднопреодолимы; действительно, пациент может осознавать внутрипсихические препятствия и скорее демонстрировать непреодолимую потребность в получении нового эмоционального обучения, чем ориентироваться на инсайт. Расширенная для того, чтобы охватить любые препятствия к личностному росту, начинающему проявляться в лечебных отношениях, концепция сопротивления обеспечивает чётким руководством к терапевтической задаче в каждом случае.

Только одна интерпретация не разрешит этих различных форм сопротивления. Чтобы получить психологическое изменение и понимание, требуется комбинированное воздействие многих способов коммуникации, как вербальной, так и невербальной. Как указывала Анна Фрейд (1926): "в технике анализа взрослых мы находим *следы* всех целесообразностей, которые оказываются необходимыми в работе с детьми. Пространство, в котором мы используем их, будет зависеть от того, насколько взрослый пациент, с которым мы работаем, всё ещё незрел и зависим, то есть близок в этом отношении к ребёнку, "[28,p.17]. Расшифровка допустимых ответов на сопротивление освобождает терапевта от неуместной опоры на

единственный тип вербальной коммуникации, установленный в базовой теории техники.

Особенно важным в психоаналитическом лечении шизофренических пациентов является расширение концепции контртрансфера, чтобы включить терапевтически полезные аспекты воздействия пациента на импульсы и чувства аналитика. Сосредоточенность на опасности использования пациента как источника эмоционального удовлетворения имеет тенденцию делать неясным различие между резистивным потенциалом этих контртрансферных проявлений и чувствами, действительно индуцированными в аналитике поведением и коммуникациями пациента. Производные отношений, незагрязнённые собственными эмоциональными интересами терапевта, являются важным источником терапевтического средства.

Теоретические рамки, в которых используются только что обсужденные рабочие концепции, рассматриваются как "современный психоанализ". Это понятие также использовалось некоторыми авторами для того, чтобы обозначить инкорпорацию новых концепций в классический метод. Однако некоторая степень семантической путаницы будет неизбежной ввиду несопоставимости современного использования этого и других терминов в данной области. Я не придерживаюсь краткости в названии; "современная недирективная психотерапия" или "анализ сопротивления" могут быть подходящи в равной степени. И всё же я надеюсь, что "современный психоанализ" лучше всего показывает, что теория лечения, представленная в этой книге, по своей сути является фрейдовской теорией и фрейдовским методом терапии, переформулированной на основе последующих психоаналитических исследований.

Среди других альтернативных мнений, некоторые были отвергнуты по особым причинам. Описание лечения, относимого к "модифицированному психоанализу" или "психоаналитически ориентированной терапии" предполагает, что оно часто проводится без твёрдой приверженности к задаче исследовать и разрешить сопротивление и может быть ориентировано на относительно ограниченные цели. Квалифицировать подобным образом подход, который придерживается структуры классического метода и подобным же образом ориентируется на аналитическое излечение, кажется неуместным.

Относиться к лечению, основанному на принципах сформулированных в этой книге как к "психоанализу с параметрами", так же кажется неоправданным. Д-р K.R. Eissler, который ввёл эти гипотезы (1953), создал условия предусматривающие использование параметров, которые не согласовывались с моим подходом. Он определил, например, что эти модификаци “никогда не должны превышать определённого минимума" и что "конечная фаза лечения должна проходить с параметром нуля" [21]. Те или иные технические инновации, которые я предлагаю, удовлетворяют этим условиям, концепция параметров - несмотря на её использование в тренинге терапевтов - опускается, когда какая-либо техника привлекаемая для работы с сопротивлением рассматривается как допустимая.

Собственное определение психоанализа Фрейдом охватывает "любое направление исследования" которое признаёт трансфер и сопротивление, и "берёт их

за отправную точку их работы" [44]. Несмотря на последующие протесты относительно связи "психоанализа" с отступлениями от классического метода, я надеюсь что подобное название можно будет применить в будущем ко всякому лечению, проводимому в научных рамках его метода с целью достичь изменения паттернов психических болезней. Психоанализ кажется находится в процессе перехода от "философии и техники лечения определённого рода пациентов определённым образом", как хорошо заметил Karl Menninger [79,p.16], к широкой психотерапевтической науке применяемой ко всем случаям психологически обратимых болезней. Этот эволюционный процесс допускается "современным психоанализом".

Есть и другая причина того, почему этот термин оказался подходящим. Чем посвящать себя какому-либо одному методу лечения, компетентные врачи сегодня стараются расширить свои познания методов имеющихся в распоряжении для того, чтобы проводить более эффективное лечение любого имеющегося случая. Аналитик, ставящий перед собой подобную цель и не признающий ортодоксальности ради ортодоксальности, служит примером современного подхода в психоанализе.

Некоторые аналитики, которые лечат шизофренических пациентов сегодня и остаются твёрдыми приверженцами классической техники, защищающей их соответствие в таких случаях, отклоняются от нее лишь в очень незначительной степени. В другой крайности находятся терапевты, которые по-видимому отошли от основных рамок психоанализа и действуют более или менее случайно в каждом случае. Хотя, на мой взгляд, классическая техника не разрешает основной проблемы в этих случаях, я полагаю, что чисто интуитивный подход нежелателен. Как удовлетворительный, так и неудовлетворительный результаты могут быть получены, когда кто-либо не придерживается основы общего плана лечения; однако, что бы из этого ни получилось, это будет трудно рассчитать и извлечь из него какие-либо уроки .

Аура тайны и волшебства окружает большинство сообщений о случаях успешно проведённого лечения, в которых не придерживались какой-либо рациональной системы. Авторы великодушно делятся своими клиническими впечатлениями и личными озарениями, однако сдержаны в сообщении структуры, развития и целей данного лечения. Они не могут объяснить чего они пытались достичь, или идентифицировать основные лечебные факторы.

Объективные формулировки имеют огромное научное значение. Они увеличивают познание психодинамики шизофрении и предлагают эффективные лечебные процедуры.

Будучи максимально ценными для патологических нарциссических пациентов, психоаналитические исследования были проведены эмпирически и со всем техническим мастерством в команде терапевта. Тем не менее, теория лечения, которую он мог изучить как студент и применять в этих случаях, является, по моему мнению, обязательной. До тех пор, пока терапевт не знает какого-либо пути достижения прогресса на каждой стадии лечения, невозможно определить степень обратимости шизофренической реакции, которая должна быть гарантированной а, позднее, так или иначе, пациента нужно как следует проиммунизировать от её возвращения. Если аналитик потерпел неудачу в достижении своей цели в лечении,

для него важно понять *почему он потерпел неудачу*. Ценность приверженности операциональной теории в том, что она помогает получить эти знания и ответы на эти вопросы.

Терапевтические принципы, представленные в этой книге, специально применяются к пациентам, которые изначально могут контролировать своё поведение в достаточной степени для того, чтобы проводить лечение и получать необходимую помощь в поддержании такого контроля. Эти принципы применимы также к амбулаторным пациентам, психотические взрывы которых должны контролироваться с помощью лекарств; желательно всё-таки освободить их от развития лекарственной зависимости, как только возможность психотической вспышки будет исключена.

Эти принципы не будут иметь своей ценности в случаях шизофрении, которые не обратимы посредством психологических методов, применяемых отдельно или в комбинации с другими видами лечения. Могут встречаться и такие случаи, но более чем за четверть века, потраченных на изучение болезни и лечение её жертв, я не сталкивался со случаями, которые не были бы курабельны в принципе. Успех в каждом случае зависел, тем не менее, от эмоциональной жертвы аналитика, готового работать с сопротивлением пациента. Если реальные и личностные требования слишком велики, то может быть невозможным лечение такого пациента в частной практике.

Однако мнение о том, что диагноз шизофрении опровергается. если пациент реагирует на лечение, и подтверждается, если он не реагирует на него - далеко не прочно. Отсутствие реакции показывает, что либо терапия была неадекватной, либо что внешние обстоятельства препятствовали терапевтическому прогрессу.

Обратимость шизофренической реакции и достижение этого посредством психоаналитической терапии больше не вызывает сомнений. Если пациент обеспечен объектом своих потребностей - тем, кто сможет предоставить ему условия, ведущие к эмоциональной реактивации и надлежащему типу переобучения - и если его жизненная ситуация достаточно благоприятна, шизофреническая реакция может быть обратима. Учение о том, как этого достичь более последовательно, является следующей задачей.

ГЛАВА 2
КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЗНИ

Бесчисленные наблюдения, гипотезы и открытия появились благодаря психоаналитическим исследованиям шизофрении. Тем не менее, их клиническая ценность будет ограниченной до тех пор, пока терапевт не овладеет концептуальными рамками, в которых можно будет их проверить и определить их уместность в каждом конкретном случае. Я считаю, что лечение не может формулироваться на основе симптомокомплексов; оно должно быть индивидуальным для каждого пациента. Фактически необходимыми для этой цели являются основные принципы, которые могут прииминяться эмпирически в каждом случае.

Рабочая гипотеза, представленная в этой главе, является достаточно широкой, чтобы согласовывать общую картину - то есть, различные синдромы болезни - однако, психодинамически сфокусирована на нуклеарной проблеме. Я нашёл, что эта концептуализация болезни имеет большую терапевтическую ценность, когда применял её, чтобы удовлетворить специфическую потребность пациента в коммуникации и предотвратить тяжёлую регрессию. Коллеги и учителя, проверявшие валидность гипотезы на широком круге амбулаторных пациентов, нашли её терапевтически эффективной, когда они стали способны управлять агрессией[4] пробуждённой в пациентах и самих себе.

Не являясь оригинальной, гипотеза интегрировала парциальные теории, клинические наблюдения и предположения многих исследователей, чьи идеи придали смысл моим заключениям и были подтверждены моим собственным опытом в лечении шизофренических пациентов. Некоторые из источников этой совокупной концепции оставили свой след, однако в дальнейшем не явились всесторонним обозрением психоаналитических формулировок этого расстройства.

РАЗРАБОТКА КОНЦЕПЦИИ

РАННИЕ ВЗГЛЯДЫ ФЕНОМЕНОЛОГИИ

Клинические изучения Фрейда в конце прошлого века привели его к терапевтически важным открытиям, которые сильно повлияли на его понимание шизофрении. Его исследования истерии привели его к теории, что невыносимая мысль, отвергнутая сознанием и памятью, становится патогенной, ее аффективная активность в бессознательном начинает проявляться в морбидных симптомах. Он сумел показать, случай за случаем, что преодоление отвергающей силы было ключом к выздоровлению. Чтобы индуцировать пациента поступать подобным образом, требовалось огромное психическое усилие, помогающее в равной мере сильно мотивированной, умной и внимательной личности преодолевать это сопротивление, оставаясь в гармоничных отношениях с аналитиком, к которому он развил чувство аффекта.

Психологическая обратимость более тяжёлых расстройств пациентов, у которых клинические психиатры не находили явных органических изменений, была в то время спорным вопросом. Ожидалось что психоаналитические формулировки, относящиеся к психоневрозам, могут быть продуктивными и в лечении этих людей. Фрейд обратил внимание на значение защитных механизмов при психотических состояниях, рассматривая хроническую паранойю (1894) как защитный психоз, в котором репрессия невыносимых мыслей, связанных с сексуальным опытом в детстве, осуществляется проекцией их на других [54]. Если репрессия также играет важную роль при шизофрении, и если бы это подтвердилось предположением, что она связана с организацией сексуальных импульсов в более раннем периоде чем симптомообразование в психоневрозе, теория психосексуального или либидонозного развития вполне могла бы применяться.

Однако этот подход приводит к разочарованию. Психологические процессы, обнаруженные у шизофренических индивидов, не охватываются ранними формулировками. Эти люди не кажутся страдающими от репрессии; некоторые из

[4] В этой книге термин "агрессия" используется как синоним "агрессивных импульсов".

них могут сказать своему аналитику гораздо больше об их бессознательном, чем может сказать им он. Также описаны неожиданные рецидивы психотических состояний после долгих лет лечения. Дело в том, что объяснение их проблем казалось не производило впечатления на этих пациентов, что особенно беспокоило Фрейда. Почему они избегали контакта?

Пока каждый случай психоневрозов имел неясные элементы, поведение пациента обычно проясняло их один за другим, и в конце концов собирало целую головоломку. "Я получил огромное удовлетворение от работы с неврозами в своей практике", - писал Фрейд Wilhelmy Fliess`у в 1895 г. "Почти всё ежедневно подтверждается, добавляются новые кусочки, а самое приятное чувствовать уверенность, что суть проблемы так близка". [38, p. 120]

Неспособность шизофренических пациентов сотрудничать в этих исследованиях и вознаграждать пониманием и улучшением сбило с толку Фрейда. Раздражённый их способностью расстраивать его терапевтические усилия, он однажды заметил: "Психотики являются помехой к психоанализу." [22, p136].

Единственным объяснением их индифферентности, которое он выдвинул, было то что они недостаточно владели подвижным либидо, для формирования аналитических взаимоотношениий[85, 7th meeting]. Общий смысл его взглядов на проблему выражался так: единственный путь разрешения загадки их недоступности предполагал наличие патологического фактора, невосприимчивого к психологическому воздействию.

Ранняя формулировка психоаналитической теории шизофрении была представлена на Первом Международном Психоаналитическом Конгрессе (1908) Karl`om Abraham`om [1]. Клинический психиатр и официальный член Bleuler`овского штата в Бургхёльцли, д-р Abraham подготовил свой научный доклад. продолжающий разговор с Фрейдом, который ссылался на него позднее как на основу своей собственной позиции по психотической болезни.

Различие в эмоциональной жизни госпитализированных шизофреников, от лиц с наиболее глубоко зашедшими состояниями тяжёлой формы болезни до лиц без чётких симптомов - является только проявлением степени болезни, согласно Abraham`у. Общим фактором всех форм этой болезни является разрушение "способности к сексуальному трансферу, т.е. к объектной любви. Действительно, эти люди "никогда не имели настоящей способности переносить свое либидо на внешний мир."

В пространстве, определяемом степенью болезни, шизофренический индивид бойкотирует мир, реагируя ненормально или вовсе не реагируя на него. Хотя большинство его симптомов сходны с симптомами истерии, он проявляет морбидные тенденции, не наблюдаемые при истерии - блокирование чувств, которое предполагает, что он никогда "полностью не преодолеет" своего инфантильного аутоэротизма. Abraham относит эту аномалию к задержке в развитии на этой ранней стадии.

Yung уже выражал мнение, что чувства возможно не уничтожаются, а только "своеобразно перемещаются и блокируются" при шизофрении [68,p.66]. Abraham соглашался, отмечая, что "ремиссия может иметь место на какое-то время, и даже заходить так далеко, что едва ли можно заподозрить наличие психического

дефекта". Тем не менее, психоанализ как терапевтическая процедура "едва ли продвинулся в изучении" из-за отсутствия трансфера.

Более значимым, чем формулировки Abraham`a по шизофрении, было его утверждение (1911)о том что, подобно тяжёлым обсессивным невротикам, у людей страдающих психотической депрессией очень снижена способность к трансферной любви из-за их крайне враждебных отношений к миру. Процесс подавления ненависти ослабляет и лишает их энергии. Меланхолические депрессии, наблюдавшиеся им соответственно, "происходят из отношения ненависти, которое парализует способность пациента к любви" [2]. Отношение этих формулировок к шизофрении не указывалось.

Что происходит с либидо, которое отошло от объектов? Фрейд предположил, что оно "вернулось обратно в эго". Существование эго-либидо принималось во внимание потому, что "гипотеза о том, что объект-либидо может быть трансформировано в эго-либидо ...кажется нам исключительно тем, что способно разрешить загадку того, что выражают нарциссические неврозы - dementia praecox, например - и объяснить сходства и различия между ним и истерией или обсессией. [37, 26th, Lecture].

Термин "нарциссизм" применялся к этому возврату либидо. Основной уровень регрессии возвращал обратно к периоду первичного нарциссизма между стадией формирования телесного эго и более поздними стадиями формирования объекта [59, p.230].

Неутешительные результаты психоаналитического лечения шизофреников стали бы понятными, и политика исключения их из такого лечения была бы оправданной, если возвращение интереса от внешнего мира к эго оказалось бы патогенным механизмом в их состоянии. Это представление также совпадает с наблюдениями Bleuler`a аутистического поведения и инфантильной озабоченности госпитализированных пациентов [12].

Впечатление о том, что они отвернулись от социума для того, чтобы любить самих себя и получать удовольствие от своих иллюзий грандиозности, вдохновило на бесчисленные описательные формулировки. Их внутренний опыт и психическая продукция привлекли много спекуляций в начале века. Их слова осторожно взвешивались, их мысли и фантазии были сходны с тем же у детей и примитивных народов. Внимание было привлечено к утверждению Yung`a: "Пусть сновидец прогуливается, как если бы он бодрствовал, и мы получим клиническую картину dementia praecox"[68, p79].

Симптомы исследовались и тщательно классифицировались. Некоторые характерные механизмы были отнесены к специфическим фазам движения назад от нормального или невротического функционирования к нарциссическому состоянию. Как постулирует Фрейд (1914) в своей статье о нарциссизме [43], начало отхода порождает резидуальные феномены. Сам процесс болезни характеризуется второй группой манифестаций. Они продолжаются так называемыми реституциональными (восстановительными - прим.перев.) симптомами, которые отражают попытки эго восстановить контакт с объектами.

Манифестации этих трёх фаз, которые клиницисты обычно наблюдают одновременно, впоследствии были описаны более детально. Первая фаза, как

правило, хорошо выражена, когда пациент ищет помощи. Его симптомы ипохондрии, деперсонализации, иллюзий, мегаломании и чувства пустоты могут усиливаться, предполагая реорганизацию внутри эго, либидо, отошедшего от внешних объектов. Странные звуки и манерность кататонических пациентов идентифицируются с "миметической стадией развития ребёнка"[59,p.229]. Освобожденно-непосредственное поведение и низкая фрустрационная устойчивость глубоко регрессировавших пациентов предполагает подобное сходство. По Otto Fenichel`ю реституциональные симптомы обозначают внезапное движение в другом направлении, создающие впечатление что шизофреники "оставили нарциссическое состояние и пытаются восстановить контакт с объективным миром, достигая успеха только в резких рывках и на короткие промежутки времени" [24, p418].

Искусные и часто глубокие интерпретации феноменологии этого состояния могут заполнить множество томов, однако силы, которые его вызвали, редко обсуждаются в этих исследованиях. Это не удивительно. Реконструировать эго изучением продуктов его расщепления или конечной дезинтеграции всё равно, что воссоздать целое из осколков разбросанных взрывом. Допуская, что большинство людей в психотических состояниях шизофрении кажутся полностью погруженными в себя, возникает вопрос: зачем им нужно убирать свой интерес с окружающего в изначальное место?

Единственное объяснение отхода от объектов поддерживается ранней надеждой Фрейда, нашедшего "либидный фактор в психической жизни универсальным виновником причин психических болезней" [37, 26th, Lecture]. Доктор Maurits Katan (1950) постулировал, что разрыв с реальностью является результатом интенсивного бисексуального конфликта связанного с крайней и всеобъемлющей тревогой[70]

РАННИЕ ВЗГЛЯДЫ НА АГРЕССИЮ

На психоаналитические формулировки по шизофрении существенно повлияла ревизия теории либидо в 1920 г.г., допускающая существование агрессивного побуждения и ослабление деструктивных тенденций путём слияния агрессивной энергии с энергией эротического побуждения. Действительно, большинство наших расхожих идей .об агрессии вернулось к началу века. Одна из них была обнаружена в недавно опубликованных протоколах "Психологических Вечерних Сред", проходивших в квартире Фрейда до образования Венского Психоаналитического Общества в 1908 году. В одной из таких неформальных дискуссий Фрейд утверждал, что "каждый акт ненависти исходит из эротических тенденций"[85, 19th meeting]. Протоколы также обнаружили, что Alfred Adler сделал серьёзные ссылки на существование агрессивного побуждения.

Adler выдвинул идею о том, что там, где нет любви, не может быть ненависти[12th meeting], таким образом подразумевая, что отказ от любви к объекту является способом защиты объекта от ненависти эго. Он также выразил мнение, что ребёнок становится агрессивным, когда имеющиеся у него различные пути достижения удовольствия оказываются фрустрированными [53rd meeting], привлек внимание к тенденции агрессивного импульса поворачиваться против субъекта [50th meeting]. Протоколы содержат эти интересные заметки: "Фрейд согласился с

большинством указаний Adler`a с определённой оговоркой: То, что Adler называет агрессивным стимулом, является нашим либидо"[53rd meeting]. Если бы Adler систематически развивал свои взгляды на агрессию, он смог бы внести огромный вклад в концепцию шизофрении. Некоторые идеи, выраженные им в 1907 и 1908 годах, были восприняты Фрейдом и вошли в ревизию теории либидо.

Совместное влияние теоретических достижений и клинических наблюдений внесло значительные изменения в психоаналитический подход к шизофреническим пациентам. Их уход в себя, негативизм и вспышки враждебности, которые сначала рассматривались в терминах эротического побуждения и как показатель того, что эти пациенты не обучаемы, в том смысле что их лечение проводить достаточно трудно, сейчас связывают с агрессивным побуждением.

Сам Фрейд не сделал этой связи и не распространил свою основную теорию, для объяснения ухода от объектных отношений при шизофрении. Его формулировки патологических механизмов при обсессивных неврозах в "Я и Оно" (1923) оказались близки к современным формулировкам по шизофрении[50]. Его ссылка на психоз, как на результат "расстройства в отношениях между эго и его окружением (внешним миром)", так же уместна[39]. Тем не менее, он не исследовал эти идеи в специфическом контексте шизофрении. Это показало, что он уже "отказался" от болезни.

Инстинктное побуждение должно иметь цель. Цель эротического побуждения собирать людей вместе, объединяя их во взаимных интересах, а так же для предохранения человеческой расы. Это побуждение привносит объекты в психику ребенка. Целью агрессивного побуждения, с другой стороны, является разрушение объектных репрезентаций или их производных, которые внесли свой вклад в формирование инфантильного эго. Агрессивное побуждение, свободное от контроля, действует, чтобы разрушать и разъединять, фрагментировать личность, и разрывать связи между людьми.

В ранних формулировках по шизофрении имело место невероятное представление, что отход от объектов мотивирован чрезмерной любовью к себе и, таким образом, удовлетворяет эротическое побуждение. Бегство от объектов может быть связано более логически с эмоциональной репрезентацией агрессивных импульсов - враждебностью и близкими эмоциями. Снисхождение в самолюбви, до патологической степени, стало тогда пониматься как попытка достичь эротического удовлетворения в присутствии ненавистного объекта или ситуации. Клинические открытия подтвердили мнение. что эротическое побуждение играет первоначально защитную роль в шизофреническом отходе.

Прекрасное доказательство этого эффекта появилось благодаря двум классическим исследованиям д-ра Herman`a Nanberg`a юношей, в состоянии кататонического психоза. Случай, описанный в 1921 г., был представлен как подобный либидинозный конфликт, особо подчеркнув его гомосексуальные аспекты. В состоянии нарциссической идентификации, в которой "отсутствовала граница между нами", [84] пациент испытывал агрессивные (каннибалические) импульсы и жертвенные фантазии.

Он хотел подраться со мной...в конце концов он захотел убить меня. Эти импульсы, тем не менее, сначала были отражены иллюзорной идеей вечной жизни....Иллюзорная идея...была, таким образом „использована, чтобы служить *защитной тенденции к отражению._агрессивных импульсов, направленных против меня*. Это, по-видимому, основывалось на исправлении эндопсихического восприятия, что, *убив меня, он может лишиться исключительного объекта, внешнего мира оставшегося с ним*.

В сходной ситуации пациент заявил: "Мне кажется, что я должен ударить кого-то и вырвать чьи-то волосы". Вслед за этим *он ударил себя кулаков по голове* и начал вырывать свои волосы. "Здесь защита от агрессивных импульсов осуществилась инстинктом, повернувшимся против его собственной личности и перешедшим в его оппозицию.... Тем не менее, агрессивная тенденция продолжает существовать рядом с пассивной тенденцией и даже возрастает в силе."

Другими словами когда Nunberg сконцентрировался на либидинальных аспектах случая и объяснял его в этих терминах, слова пациента пролили противоположный свет на его фундаментальную проблему, когда она реактивировалась в аналитических отношениях. Он представил доказательство теории, что деструктивные импульсы к его первичному объекту стали решающим фактором его болезни. В результате он произнёс: "Оберегая вас, я хочу сохранить вас и защитить себя от своего желания уничтожить вас".

Ранний пример шизофренической тенденции направлять агрессивные импульсы против себя предоставил д-р Theodor Reik (1927). Один из его пациентов, в состоянии деперсонализации, сказал ему: "Вместо того, чтобы знать, что ты хочешь убить кого-то ещё, ты уничтожаешь самого себя"[5] - другими словами уничтожаешь своё собственное эго.

Д-р Herbert Rosenfeld обратил внимание на те же механизмы. В докладе (1947) о лечении шизофренической женщины, он сделал следующее наблюдение: "Вместо нападения и разрушения аналитика, деструктивные импульсы поворачиваются против её желания жить, её либидо, которое оставило её как бы наполовину мёртвой, т.е. в состоянии деперсонализации" [92]

Выводы, полученные Melanie Klein из психоанализа маленьких детей, которые оказали влияние на подход к психопатологии взрослой шизофрении, привели к заключениям, что явилось ранней попыткой объяснить уход от объектов. Она относила его к "преувеличенной и преждевременной защите от садизма" эго (1930), начинающейся в первые месяцы жизни. Поворот деструктивных импульсов против объекта, который выражается в фантазийных орально-садистических атаках на материнскую грудь, а позднее на всё её тело, ведёт к развитию механизмов, рассматриваемых, как самые важные для развития расстройства. Чрезмерный садизм, на её взгляд, порождает тревогу, слишком сильную для того, чтобы инфантильное эго овладело ей. Ранние способы защиты направлены против двух источников опасности: собственного садизма и объекта, от которого опасаются "подобной ответной атаки "[59].

[5]Этому переводу с немецкого я обязан р-ру Gustav`y Bychowski [15]

В психотических расстройствах, идентификация объектов с ненавистными частями себя (self) интенсифицирует враждебность к другим людям, заметила Melanie Klein (1946) в статье по шизоидным механизмам. Указывая на этот "род отдельной враждебности наполняющей аналитические отношения со взрослыми шизофрениками, она описала резкое изменение в настроении, когда сказала пациенту, что он "хочет уничтожить" её. Интерпретация сделала эту опасность "слишком реальной" для него и непосредственным следствием был "страх потери меня".

Klein продолжает:

Пациент отщепил те части себя, т.е. своего эго, которыми он чувствовал угрозу и враждебность к аналитику. Он повернул свои деструктивные импульсы от своего объекта к своему эго, в результате части его эго временно перестали существовать... Если он снова сможет создать хорошую грудь внутри себя, он сможет укрепить и интегрировать своё эго, станет меньше бояться своих деструктивных импульсов; тогда он действительно сможет защитить себя и аналитика.

Д-р Gregory Zilboorg (I93I), описывая анализ девушки, страдающей параноидной шизофренией, идентифицирует ядро ее психоза как "раннюю инфантильную конверсию, которая является совершенно нормальной находкой" в болезни. Она обнаруживала враждебность, предназначавшуюся её родителям, направленную на себя. Тяжёлая фрустрация, перенесённая в пятилетнем возрасте," выплёскивала огромную массу инстинктной энергии, которая продуцировалась и активировалась её враждебными импульсами до крайней степени". Zilboorg считал, что эти импульсы смогли "прорваться" только когда она находилась в состоянии психоза [117].

Дополнительный элемент защиты объекта подчеркнул д-р Ives Hendrick [63]. Его сообщение о психоанализе шизофренической девушки, находящейся на грани психоза, является выдающимся исследованием "незрелого эго, которому угрожали агрессивные импульсы"(1931). Hendrick относит неспособность эго репрессировать инфантильные сексуальные импульсы к факту, что вся доступная энергия "мобилизовалась на другую функцию, а *именно - контроль огромных импульсов агрессии."* В трансфере девушки к нему доминировала враждебность, которая стимулировала ответную тревогу. Она появлялась только когда девушка воздвигала "непоколебимые защиты" от этой враждебности, и эти её реакции походили на реакции, связанные с регрессией при шизофрении. Самой "стойкой и постоянной" из проблем этой пациентки было её жизненное убеждение в том, что она нелюбима. Проявление её ненависти было реакцией на это убеждение. Hendrick увидел социальную изоляцию шизофреника как детерминированную "не только его любовью к себе (нарциссизм),но и его изначальной ненавистью к другим, к его потенциальным врагам, его родителям, и всему человечеству."

Теория о том, что инстинктная энергия подвергается процессу нейтрализации .посредством ее модификации (деагрессификация и десексуализация) и доступная эго для защиты от инстинктных побуждений, применялась некоторыми аналитиками

к шизофрении. Ссылаясь на симптомы как на доказательство, д-р Heinz Hartmann (1953) предположил, что способность индивидов нейтрализовывать агрессивную энергию бывает повреждена[62].Более специфично .согласно д-ру Robert`у Bak`у (1954), то, что "неожиданная неспособность эго нейтрализовывать агрессию (которая в различной степени присуща способам потери объекта) возвращает всё освободившееся агрессивное побуждение и, когда этот процесс всё более усиливается, разрушает себя, т.е. становится его объектом". Эго регрессирует в некоторых случаях к недифференцированной фазе, или использует другие защиты, такие как проекция или уход, чтобы "избежать разрушения объектов" [6].

ЭГО- ФОРМИРОВАНИЕ И ФРУСТРАЦИЯ

Д-р Paul Federn, начав лечить шизофреников, часть из которых присылал к нему Фрейд, в течение первого десятилетия века, не соглашался с некоторыми формулировками Фрейда об эго-процессах, в особенности с его идеей, что при шизофрении эго насыщено либидо, ушедшим с объектов. Federn [22] связывал это расстройство с недостатком либидо в эго. Он рассматривал базовое нарушение как дефект границ эго. В результате отсутствуют четкие различия между эго и внешним миром, и эго с трудом отличает ложные впечатления от реальности.

Эго-границы являются объективным аспектом того, что Federn называет как "эго-чувство", когда-либо представленное осознание себя, которое он описывает как нарушенное при шизофрении. Эти отноосительные концепции, касающиеся слабости эго- границ и потери эго-чувства, достаточно широко распространены и сформулированы более ясно теми, кто сфокусировался на них как на кардинальной проблеме. Например, д-ра: Thomas Freeman, John L. Cameron, and Andrew McGhie (I958) выразили идею что шизофреники воспринимают внутренние и внешние ощущения как континуум из-за их неспособности "отличать себя от внешнего окружения" [27, p51].

Как эго-границы повреждаются? Federn не отвечает на этот вопрос, возможно потому, что он разделяет взгляд Фрейда о том что имеется фактор злокачественности в заболевании, который не может быть обратим психологическими методами и что коррекция не может обойтись без усиления личности и избегания "дополнительного эмоционального напряжения индивидов, которые балансируют так рискованно" [22,p.I74] И всё же из работ Federn`a кажется, что он был близок к ответу. В его посмертных публикациях об ответе эго на опасность имеется следующее утверждение: "Повторяющиеся фрустрации в детстве могут привести к повреждению или даже потере целого объекта либидо, или к задержке развития всех компонентов сексуальности. Из-за интенсивных фрустраций инстинкта меняется весь характер и приостанавливается сексуальнее развитие. Посредством идентификаций или с приходом более зрелых компонентов сексуальности оно может снова начаться позднее. Когда такого возмещения не происходит, - спонтанно, с помощью полезного окружения, или психоанализа - холод и мрачность во всех объектных отношениях устанавливаются на всю жизнь"[22,p.26б].

Любой род связанной с фрустрацией травмы, к которому индивидуальные реакции подготовлены ненормально, может вызвать шизофреническую регрессию,

согласно д-ру Edward`y Glover`y (I949). Расстройство, на его взгляд, представляет защитную функцию, которая включает три компонента: "Отражает опасности реального стимула, разгружает опасные возбуждения ид и избавляет от притеснений контроля суперэго. "Понимая, что травма была перенесена на ранних .стадиях формирования эго, и тяжёлая фрустрация", как реальная, так и воображаемая, испытывалась от семейных объектов, Glover рассматривает болезнь как "чисто травматический психоз" [59]

На близость отношений между шизофренией и острым травматическим неврозом, особенно превалирующим в военное время, указыволось другими исследователями. Д-р Abram Kardiner, например (1959), рассматривает оба состояния как защитные торможения, сходные по своей психодинамике и "окончательному отходу" от окружения, которое их вызвало [69].

Д-Р Richard L. Jenkins рассматривает болезнь как "потенциально прогрессирующую мальадаптацию, производимую фрустрацией за пределами способности пациента её вынести"(1950). Он делает Различие между шизофренией как реакцией и как процессом, ссылаясь на разницу между ними как " просто на вопрос степени". Процесс, который устанавливается, когда порог фрустрационной устойчивости перейдён, характеризуется "заменой адаптивного поведения замороженным, воспроизводящим фрустрационное поведение". Если это происходит при большей фрустрации, то имеет место дезорганизация личности и её реорганизация в какую-либо форму психоза [65]. Эмоциональный уход, согласно Jenkins`y (1952), является скорее предшественником, нежели элементом этого процесса, служащим как "защитная изоляция" от слишком тягостного мира [66].

"Облегчение фрустрации символической реализацией" - название книги Marguerite Sechehaye (1956) о психотерапии при :шизофрении [100]. Она рассматривает лечение своей, теперь очень известной, пациентки Renee как "почти экспериментальное доказательство" своей фрустрационной гипотезы. Отсутствием контакта, что M-me Sechehaye считает сущностью данного расстройства, шизофреник защищается от "проникновения кого-нибудь ещё", а, также, от "взрыва аффективной и эмоциональной жизни". Неудовлетворённые оральные потребности приводят к установлению защиты в первичных отношениях, и психоз представляет собой как "возобновлённую попытку индивида оживить изначальную травму, чтобы преодолеть её, так и определённое отступление в субъективный мир, который один отплатит ему за переносимые фрустрации". Она описывает открытые у шизофренических пациентов "все промежуточныефазы между высоко компенсированной фрустрацией и полной неспособностью найти способ уменьшения ее; в этом последнем случае эго оказывается переполненным самодеструктивными агрессивными побуждениями".

В младенчестве, указывает Mme Sechehaye, "чем более важной и уместной по отношению к инстинкту сохранения является потребность, тем более индивид вынужден тормозить свои враждебные реакции, проистекающие из неиссякаемого источника. Если он ищет удовлетворения, он вынужден сдерживать свою агрессию против личности, от которой он полностью зависит, обычно это его мать". Агрессия сначала может превратиться в слабость, равнодушие и меланхолию, однако в конце концов младенец обратит ее на себя. Отказ матери удовлетворить потребность

вызывает собственный отказ ребенка, поскольку, “начиная с этой стадии, источник всех его аффектов находится в матери."

Освещая тему ого жертвенности, д-р Lewis B. Hill подчеркивал (1955), что грудь, которая "ненадежна защищена, достаточно легко теряясь, подвергается переоценке". Чувствуя нестабильность матери, младенец сдерживает свой гнев, и "процессы не устанавливаются, и не формируются приемы, при помощи которых злость и агрессия могут быть направлены вовне". В результате шизофреническая психика содержит "значительное количество деструктивности, которая очень сильно угрожает интеграции эго... Вдобавок к сильной злости имеется страх. Данная комбинация равна продолжительной ненависти, которую пациент полностью не осознает". Hill рассматривает разрыв с реальностью как "глубинную защиту, имеющую обратное направление, от действий лиц из окружения". Он наблюдал также что шизофреник, никогда не имея полного отделения себя от своей матери, "испытывает постоянное желание вернуться к дообъектному и, конечно, довербальному отношению мать-дитя". [64].

Характерно, но не единодушно, теоретики подчеркивают экзогенные факторы, которые составляют список обвинений против матери пациента. В своей первой книге (1953), д-р John N. Rosen, показавший психологическую обратимость шизофренического психоза, охарактеризовал мать как личность страдающую от "извращения материнского инстинкта" [89].Впоследствии Rosen модифицировал этот взгляд. Сейчас он придерживается мнения, что мать сама находится под влиянием других людей, которые принимают участие в "процессе материнства, благоприятно или неблагоприятно", ситуационных стрессов, а также всех тех воздействий на ребенка, которые Rosen подразумевает под "ранним материнским окружением". Тяга "неоконченных дел" привязывает незрелую личность к этому окружению, и она воспроизводит их в психозе [91]. Согласно Rosen`у (I963), психоз выполняет основную функцию предохранения индивида от "осознания скрытого источника ужаса, который... он испытывал с ранним материнским окружением в том виде как он истолковывал его" [90].

Нейропсихологическая формулировка (1962) также подчеркивает фрустрационный фактор. Д-р Benno Schlesinger проводит различие между психогенной формой шизофрении, в которой биохимический дефицит остается скрытым, исключая состояния стресса, и физиогенной формой, которая может развиваться в отсутствие внешних событий. Он полагает, что никакая из этих форм не может быть полностью объяснена пережитыми факторами. Schlesinger продолжает: "Общим знаменателем психологических стрессовых ситуаций является фрустрация, а... нестандартное соотношение фрустрация-удовольствие ускоряет развитие болезни, придавая определенное наследственно-конституциональное предрасположение [97, p.I93] .

ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЕ ЯДРО

Формулировки и наблюдения, которые мы только что рассмотрели, охватывают успешные стадии в развитии психоаналитического понимания шизофрении и касаются многих аспектов всей клинической картины. Некоторые из

психических механизмов упоминались при работе с особыми случаями или имели вторичное значение.

Три других фактора - первичны: агрессия, защита объекта и принесение себя в жертву. Это элементы, которые комбинируясь, создают шизофреническое ядро личности. Операциональная концепция следующая :

Шизофрения является организованной психической ситуацией, структурно сложной, но психологически неуспешной защитой от деструктивного поведения. Оба, как агрессивный, так и либидный импульсы. фигурируют в этой организованной ситуации; агрессивные побуждения обеспечивают взрывную силу, в то время как либидные побуждения играют тормозящую роль. Действие защиты предохраняет объект от высвобождения вулканической агрессии, но вызывает разрушение психического аппарата. Уничтожение объектного поля психики и фрагментация эго выступают как вторичные следствия защиты.

Эта ситуация по-видимому была организована во время недифференцированной фазы развития. Единственный объект, который ребенок может защитить - объект в своей психике, однако на этой фазе он не способен различать психическую реальность и реальность материальную. Более того, то что рассматривалось как защита объекта может быть защитой себя, так как данные репрезентации частично совпадают на этом раннем уровне развития. Термин "объектное поле" включает в себя как самые ранние саморепрезентации, так и объектные репрезентации.

НА ТРАВМАТИЧЕСКОМ УРОВНЕ

В "*Толковании сновидений*" (1900), Фрейд соединил ранние представлении о жизненной активности с работой примитивного психического аппарата [52, chapter 7, C]. Аппарат представлен как рефлекторная дуга с сенсорным приемником, где расположены системы восприятия и памяти, с одной стороны,и системой управления движениями - с другой. Он предполагает, что аппарат изначально стремится держать себя свободным от стимуляции, насколько это возможно, разгружая возбуждения в движение. Фрейд иллюстрирует такое функционирование описанием поведения голодного ребенка.

Возбуждение, порожденное потребностью в пище и пытающееся разрядиться в движение, описывается как "внутреннее изменение" или "выражение эмоции". Изменение не может иметь места без посторонней помощи; ребенок должен быть накормлен до "переживания удовлетворения", которое положит конец внутренней стимуляции. Жизненно важным компонентом такого опыта является "особое восприятие... *мнестический* образ которого остается связанным с этого времени с оставшимся в памяти следом возбуждения, порожденного потребностью". В результате, как только ребенок становится голодным, возникает психический импульс или желание. В состоянии напряжения он пытается "рекатектировать мнестический образ...чтобы восстановить ситуацию первоначального удовлетворения". Кратчайший путь к удовлетворению желания ведет прямо от возбуждения к сложному катексису восприятия. То, что Фрейд описывает как "перцептуальную идентичность" является повторением восприятия пищи, связанным с удовлетворением потребности. Цель первичной психической активности

заключается в том, чтобы обеспечить некоторое уменьшение напряжения путем создания перцептуальной идентичности.

Что происходит в психическом аппарате, если эта потребность оказывается фрустрированной? Крик и физические проявления недовольства до некоторой степени снимают напряжение у голодного ребенка, но потребность остается. Он не способен достичь своего переживания удовлетворения, пока ему отказывают в пище. Возбуждение, возникшее от голодных болей, течет тогда обратно - регресс - по направлению к сенсорному концу психического аппарата. Ребенок, посредством воспоминаний, пытается достичь удовлетворения, в котором ему было отказано внешним объектом.

Тем не менее, вызывание воспоминания о предыдущем кормлении недостаточно для того, чтобы получить желаемую перцептуальную идентичность. Даже если в результате может произойти легкое уменьшение напряжения, более яркие фантазии о груди, дающей молоко в его рот, никогда не удовлетворят так, как это сделает актуальный опыт.

Разумно допустить, что фрустрация мобилизует агрессию у голодного ребенка. Удовлетворение от полученного молока отвергается им, но месть тоже удовлетворяется. Выплеснуть свой гнев физически на депривирующий объект во внешнем мире выше его сил, однако он может разрушить его в своей психике. Он разрушает этот объект психически погружением в сон, поглощая его яростью. Сон приносит удовлетворение, и не только потому, что это безобъектное состояние; он также анестезирует голодные боли и уменьшает жажду объекта. В общем, сон снимает напряжение.

В бодрствующем состоянии, когда желание объекта остается огромным, позитивный объект-катексис продолжает существовать и, в отсутствие реального объекта, может быть израсходован направляясь лишь на психологический объект. Это встречается, указывает Фрейд, "в галлюцинаторных психозах и голодных фантазиях, которые истощают всю психическую активность, направляясь на объект их желания" [52].

Шизофреническая психика направляется на объект либидным катексисом, а уничтожает его агрессивным. Это основные паттерны. После их формирования, эго устанавливает контроль над побуждениями, так как оно действует, чтобы обеспечить защиту объекта. Либидная энергия используется с такой целью когда, в отсутствие уменьшающего напряжение удовольствия от объекта, уничтожающий паттерн начинает нагружаться агрессивным катексисом.

Интеграция психики и судьба внешнего объекта являются ставкой в битве между агрессивным объект-катексисом, сражающимся за контроль над побуждением, и либидным катексисом, контролирующим побуждение, чтобы предотвратить агрессивное действие. В этих очень напряженных состояниях энергия либидо адекватна тому, чтобы сдерживать враждебное поведение, однако слишком опустошена, чтобы выступать организующей силой психического аппарата. Исход этой битвы предрешен в пользу более мощного соперника. Установление паттернов шизофренической реакции уменьшает напряжение, достаточное для того чтобы предохранить объект, но дезорганизует психический аппарат.

Очевидность подобного рода примирения конфликтующих сторон требует любви, и ненависти, которые наблюдаются в психотических состояниях. Если разрушения психики недостаточно для того, чтобы уменьшить враждебность, сдерживаемую от объектов, защита может повлечь за собой самоповреждение или суицид [78]. Если же эта защита терпит поражение, что наблюдается иногда, то имеют место действия маньяка-убийцы.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Клинически, в латентных случаях шизофрении, защита обнаруживает себя во многих различных реакциях. Агрессивные импульсы принудительно инактивируются; либидные импульсы бесчисленными путями переплетаются вокруг агрессии.

Откровения девушки о ее у чувствах и поведении во время встречи со знакомой иллюстрируют инфантильный паттерн. Она сказала:

Я чувствовала себя чудовищем с Бетти. Я была напугана тем, что я так сильно ненавидела ее. Чем больше я ненавидела ее, тем больше я ненавидела себя. Я чувствовала себя глупой и подавленной, поэтому курила больше и больше, Я ненавидела ее потому, что она была тем же, чем и я. Нет, конечно же не совсем так. Она была более нервной чем я. Она расстраивала меня, она заставляла меня чувствовать себя никчемной.

Бессознательно она передала такое сообщение: Бетти гораздо агрессивнее, чем я. Ее поведение мобилизует враждебные чувства во мне. Я хочу напасть на нее. Это заставляет меня чувствовать себя чудовищем, поэтому я начинаю бояться и отступаю. Чувствуя тупость и никчемность, я пытаюсь контролировать себя беспрестанным курением. Оральное удовлетворение нагружает мое эго либидным катексисом, в результате чего я не могу выразить свою враждебность. Это делает "безопасным" для меня разговор с Бетти, а ситуацию "безопасной" для нее.

Аффективное ядро здесь имеет дело с неразряженной агрессией. Проблема возвращается к специфическому типу повреждающей неудачи на ранней стадии созревания. В результате ребенок характерно реагирует на чрезмерную фрустрацию, чрезмерное удовлетворение, или на то и другое - накапливанием огромного количества деструктивной импульсивности в своем психическом аппарате, вместо того чтобы разряжать ее на объектах.

Примитивное эго было обучено тому - рассматривая объект как очень ценный - что освобождение агрессии было нежелательным и действовало насколько возможно, чтобы сдержать ее. Когда это оказалось невозможным, агрессия была разряжена таким образом, который не смог бы нанести вреда крайне необходимому реальному объекту; вместо того, чтобы направиться на объект и эготизировать объект-репрезентации в психику. Процессы роста были прерваны или реверсированны этим патологическим ответом на неразряженную агрессию. Ее накопление в застойном психическом аппарате обеспечивает оптимальное состояние для развития шизофренической реакции.

Проясняя бессознательную операцию, я подчеркиваю идею, что пациент постоянно испытывает давление сильного побуждения убить и защищает себя от него тем, что делает свой психический аппарат, с его высоким потенциалом деструктивных действий, неисправным. Это все равно, что разбить оружие, защитив себя от тяги к спусковому крючку. Представление о том, что психологическое убийство объекта и психологический суицид являются способом борьбы против поднятия барьеров от действительного убийства и суицида, помогает понять как поведение пациента, так и само его расстройство

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Научные открытия и наблюдения многих психоаналитиков, как я уже заметил, внесли свой вклад в формулировку только что предоставленной рабочей гипотезы и, в какой-то мере, расширили такое понимание шизофрении. В этих концептуальных рамках есть возможность рассмотреть их клинические находки и оценить некоторые терапевтические неудачи, которые были описаны при лечении данного состояния.

Наблюдения Фрейда стали фундаментом нашего познания феноменологии болезни, а его понимание их важных результатов оказалось достаточно глубоким. Он признает что ее симптомы имеют смысл, что эротические импульсы фигурируют в шизофренической защите, что регрессия происходит с попыткой восстановления, и что Эго позволяет себе оказаться затопленным ид под воздействием фрустрации. Ретроспективно признается, что развитие терапевтической концепции было задержано его ранней неспособностью четко разделить импульсы любви и ненависти, а также его недостаточным пониманием шизофрении как защиты от враждебности. Под влиянием его формулировок по нарциссизму, некоторые из его современников стали интересоваться феноменологией и абстрактными догмами касающимися любви к себе, а также сексуальными проблемами, вместо того, чтобы изучать каждый случай в терминах межперсональных взаимоотношений и, соответственно, проводить свои собственные исследования.

Federn не признавал что регрессия к недифференцированному состоянию психологического функционирования вызывается агрессивными импульсами, или что эго - границы также могут быть повреждены коррозивными эффектами агрессии. Тем не менее, его описательные формулировки заметно улучшили наше понимание субъективного опыта при шизофрении и обеспечили ценным инструментом для работы с нарциссическим трансфером.

Nunberg. Hendrick, Klein наблюдали сильный агрессивный катексис к объекту в шизофренической психике. Их описания клинического феномена, относящегося к агрессивным импульсам, появились в то время, когда почти нераздельное взимание было приковано к судьбе либидных импульсов.

Фрустрация потребности выражать агрессию была подчеркнута Sechehaye и хорошо проиллюстрирована на ее выдающемся клиническом материале. Она недостаточно развила идею о том, что агрессия поворачивается обратно на психический аппарат из-за уважения к объекту, и не признала, что однажды представленные импульсы разрушить его мотивировали "камуфляжные действия" ее пациентки. Ее теорию сложно применять из-за отсутствия фокуса на личностной динамике. Она концептуализировала терапевтический процесс как процесс

удовлетворения потребности в разрядке импульсов, однако не провела различия между эротическими и агрессивными импульсами, или бралась за защиту против разрядки побуждения. Если бы ее лечебная схема могла быть представлена в терминах трансфера и сопротивления, она была бы более легко усвоена терапевтами, владеющими основными принципами психоаналитической терапии.

Я не оспариваю теорию нейтрализации per se, однако ее использование при шизофрении ущербно для лечения. Эротическое побуждение адекватно при работе с нормальным количеством агрессии. Проблема заключается не в недостаточной нейтрализации, а в присутствии большего количества агрессивной энергии чем можно было бы нейтрализовать успешно. Причина этого избытка очень специфична, она может быть исследована, и имеет некоторое отношение к скорости выздоровления.

Рассмотрим вкратце психодинамику ситуации: оба побуждения направлены на первичный объект; другими словами- он ненавидим и любим. И когда ребенок почему-то развивал позицию, что отношение может быть полностью разрушено, если он выразит свое враждебность, его любовь была достаточно сильной, чтобы мотивировать его защищать объект, сдерживая свои агрессивные импульсы. Поскольку создавалось все большее давление для их освобождения, его либидные импульсы стали слабеть. В конце концов, возрастающая сила враждебности проявилась в виде угрозы физической деструкции объекта и была отражена его символической деструкцией. Чтобы предохранить себя от отыгрывания вовнутрь чувств каким-либо образом, который мог бы уничтожить объект как потенциальный источник любви, ребенок решает уничтожить чувства.

Эмоциональная логика этого принудительного действия неясна, пока она заключает в себе его инфантильную природу. Негативные чувства не отменяют позитивных у личности, которая функционирует на эдиповом уровне. Психоневротик способен чувствовать и выражать и то, и другое. Он нейтрализует свою ненависть и сохраняет свои чувства любви к объекту. Однако агрессивное побуждение шизофренического индивида намного мощнее. Для него может быть "безопаснее" не иметь вообще никаких чувств к объекту, когда существует очень много неразряженной агрессии. Тем не менее, его паттерн разрушения чувств, для предотвращения действия, которое эго боится совершить, не оправдывает предположения, что ему не хватает способности для нейтрализации импульсов.

И действительно, шизофрения сама может быть охарактеризована как патологический способ нейтрализации агрессии в отсутствие адекватной изоляции от действия импульсов [106] .Индивид может идти на крайность, разрушая свое восприятие объекта и свое эго, но это не обязательно. Если ему удается освободить агрессию без повреждения этих восприятий, его интерес к внешнему миру вновь заявляет о себе. Внезапное улучшение и появление реституциональных симптомов говорят о том, что количество агрессии уменьшилось настолько, что она может быть нейтрализована до степени, необходимое чтобы возобновить контакт с объектами.

В любом случае, внушение мысли, что пациент должен быть менее агрессивным является хорошим способом сделать его большим шизофреником. Агрессия должна быть выражена. В известном смысле, это выражение в какой-то степени нейтрализует ее; а задачей аналитика является убрать препятствия к

высвобождению мобилизованной агрессии. Когда это будет сделано, психотические симптомы исчезнут и пациент сможет научиться более здоровому способу обхождения с агрессией.

В целом, шизофренический индивид обладает неординарным потенциалом агрессивной импульсивности и обходится с ним особым образом, из уважения к объекту, рассматривал его как более важный, чем он сам. Этот потенциал может быть наследственно или конституционально обусловленным, или может быть связан с жизненным опытом. В большинстве случаев состояние кажется сверхдетерминированным. Агрессия мобилизуется фрустрацией в степени, в которой она относится к окружающим факторам. Клинически это выглядит как фрустрационная агрессия, даже если фрустрация могла быть небольшой, потому что паттерн был установлен для борьбы с ней.

Излишне постулировать, что особый тип отношений породил инфантильный паттерн. Он может быть отчасти врожденным и отчасти приобретенным. Даже в случаях где он был передан матерью, ее отношение могло не быть патологическим; здесь просто могло иметь место нарушение равновесия между ее эмоциональным воспитанием и импульсивностью ребенка. Динамика отношений мать-дитя не однородна в этих случаях. Более важным чем любовь, ненависть или индифферентное отношение любого из родителей, является тот факт, что все его окружение оказалось неспособным удовлетворить его специфические созревающие потребности; он испытал это как очень фрустрирующий объект. В некоторых случаях кажется что агрессия была мобилизована очень сильной сенсорной депривацией, в других - чрезмерным возбуждением, эндогенным или экзогенным по происхождению. В любом случае агрессии было мобилизовано больше чем могло выдержать инфантильное эго, оставаясь здоровым.

Повреждение, нанесенное структурам психики, часто сталкивает клинического наблюдателя с неясной картиной. Но в конце концов она может стать понятной, и поврежденным структурам может быть представлена возможность излечить самих себя, если признать, что первичной силой, загоняющей личность в шизофрению, является побуждение разрушить объект.

ГЛАВА 3
РАСШИРЕНИЕ БАЗОВОЙ ТЕОРИИ ТЕХНИКИ

Психоанализ как каузальная терапия опирается на открытие Фрейда что психоневроз коренится в конфликте между либидными побуждениями на эдиповом уровне развития. Любовные аффекты имеют меньшее значение при шизофрении. Мощный негативный эмоциональный заряд, являющийся в основном продуктом неблагоприятных созревающих факторов, связанных с преэдиповым развитием, может быть идентифицирован как нуклеарная проблема. Их учет для методологии, которая по моему мнению, не изучена систематически, является перспективным.

Фокусируясь на последовательных изменениях, эта глава сначала рассматривает в сокращенном виде основные принципы психоаналитической терапии психоневротических состояний. В рамках данного описания, рассчитанного на терапевта, схематично представлены основы психоаналитического подхода к

шизофреническому пациенту чтобы осветить расширение этих принципов и объяснить специальные эмоциональные запросы его лечения, когда ориентируются на разрешение нуклеарной проблемы. Представлено введение к специальному применению главных рабочих концепций, исследуемых в дальнейших главах. При ведена схема, отражающая эволюцию лечения шизофрении.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ ПСИХОНЕВРОЗЕ

Диагноз "чистого" психоневроза говорит о том, что расстройство пациента коренится в вытеснении тягостных сексуальных мыслей. Предполагается что он будет развивать в основном позитивную привязанность к аналитику, поскольку значимые импульсы, которые должны быть освобождены, являются либидными. Как только эти импульсы реактивируются в ходе взаимоотношений, первичные любовные отношения, которые пациент развивал к своим родителям в ранней жизни, переносятся на аналитика.

До тех пор, пока "трансферная любовь" мотивирует пациента сотрудничать, она не привлекается к его вниманию. Когда она начинает мешать течению его сообщений, аналитик, используя рабочую концепцию сопротивления к появлению позитивных чувств, фокусируется на устранении препятствия. Враждебные чувства, которые блокируют коммуникацию, преодолеваются подобным образом. Трансферное сопротивление психоневротика позволяет получить вербальные коммуникации от аналитика. Они дают пациенту чувства что он понят и любим, которые стимулируют вербальное высвобождение, изменение и эмоциональный рост. Поэтому он не требует других форм коммуникации.

Отношения пациента оказывают влияние на аналитика. Чувства любви, например, могут индуцировать подобные чувства, которые терапевт, изначально, учился подавлять. Контртрансферные реакции рассматриваются как препятствия к пониманию конфликта пациента и как источник неподходящих интерпретаций сопротивления. Для человека, который на вербальную коммуникацию отвечает соответственно, то, что аналитик пытается достичь, является скорее интеллектуальной, чем аффективной идентификацией.

Базовая теория психоаналитической техники развивалась из подобного опыта в лечении психоневротического пациента. Основные психологические события в определенной степени совпадают по своему развитию и в общем виде они представлены в следующем порядке:

1. Вызывается трансфер и изучается трансферное сопротивление,
2. Признается и анализируется контртрансферное сопротивление,
3. Интерпретируется трансферное сопротивление.
4. Прорабатываются паттерны сопротивления.
5. Разрешается сопротивление к окончанию лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Когда подобные терапевтические принципы используются при лечении шизофрении, поведение пациента начинает указывать на то, что он не поддается психоаналитическому воздействию. Более серьезным препятствием является

существенно отличный способ его отношений с аналитиком. Когда шизофреническому пациенту помогают развить трансфер, он оказывается пропитанным враждебностью даже когда это скрыто за приятным или индифферентным чувством. Он начинает ненавидеть аналитика и противостоит его воздействию.

Это развитие сбивало с толку первое поколение аналитиков. Некоторые из них сравнивали его с отсутствием трансфера; действительно, Abraham ссылается на негативизм как на антитезу трансфера [I, р.71]. Если верно то, как предполагал Фрейд, что коррективное воздействие прекращается, когда враждебный трансфер достигает своего пика, то перевоспитание личности, которой овладевает желание разрушить человеческий инструмент своего лечения, становится невозможным подвигом — и немногие аналитики захотят предпринять подобную попытку.

Имеется в виду аналитик как символический объект, а не как реальная личность, которую страстно хотят разрушить. Несомненно Фрейд признавал этот факт, однако у него появились некоторые проблемы в работе с враждебностью. Некоторые из его оговорок по действенности психоаналитического метода поддерживают такое впечатление, но явная очевидность этого вытекает из его прогноза в лечении, которое он прекратил после четырех лет анализа. Его бывшая пациентка, женщина, обратилась тогда за помощью в клинику д-ра Ludwig`a Binswanger`a На просьбу информировать его об этой пациентке Фрейд ответил письмом, содержащим такие строки: "Она делает вид что все еще зависит от меня, но на самом деле убегает от меня с тех пор как я рассказал ей реальные секреты ее болезни (мстительные и смертоносные побуждения против ее мужа*). Абсолютно непригодная для анализа*.(Курсив автора)... она действительно *ждала* его смерти, но никогда не признавалась в этом[6] [II,р.62]. .

В свете нашего настоящего понимания, мы вполне можем создать иную конструкцию по поводу описанного Фрейдом поведения. Возможно он достиг гораздо большего прогресса в лечении этой пациентки чем признавал, ее паттерн "бегства" мог мотивироваться бессознательной потребностью защитить трансферный объект от деструктивного побуждения, готового разрядиться, которое допускало что привязанность к Фрейду — как позитивная, так и негативная — была очень сильной. Впечатление что она была "абсолютно непригодной для анализа" могло быть вызвано изначально некорректной идеей, особенно мыслью о том, что невозможно воздействовать на пациента, кроме как в состоянии позитивного трансфера.

Сейчас признается что ненависть может быть терапевтической силой. Многие аналитики описывали это открытие. Ненависть привязывает шизофренического пациента к его трансферному объекту даже более сильно чем любовь. *Он готов работать столько, сколько необходимо чтобы овладеть своими агрессивными побуждениями при условии что опасность от его деструктивности будет минимальной*.

С развитием негативного трансфера устранение препятствий к вербальной разрядке деструктивной импульсивности становится первичным фокусом лечения.

---

[6] Д-р Binswanger впоследствии принял ее в свою клинику, где она была успешно пролечена

Необходимые предосторожности от эксплозивного поведения создаются тремя путями:

Степень напряжения которому подвергается пациент разумно контролируется.

Чтобы освобождать его от принуждения отыграть вовнутрь (to act on) свои агрессивные побуждения, поддерживается лечебный климат в котором он может чувствовать и вербализовать их.

Ему помогают разрешать непосредственные препятствия к вербольной разгрузке этих побуждений.

Так как это обычно требует большой затраты времени для аналитической команды чтобы разрешать каждое препятствие к вербальной коммуникации, использование этих "мер предосторожности" замедляет темп в котором развивается трансфер. Таким образом их враждебные проявления становятся более управляемыми.

Когда негативный трансфер устанавливается и тормозится *вербальная* коммуникация, аналитик переходит к разрешению этого сопротивления. Он усиливает оппозицию пациента отыгрывать вовнутрь (acting on) его агрессивные побуждения в сессии. Такая оппозиция необходима, а импульсивное поведение соответственно обескураживается посредством отношений аналитика.

К паттернам трансферного сопротивления к коммуникации, которые являются характеристикой шизофренического пациента, присоединяются или психологически отражают их. Представляя себя объектом, подобным эго, аналитик помогает пациенту работать с его ранними патологическими объект-репрезентациями. Когда к трансферному сопротивлению эффективно присоединяются, пациент отвечает потоком угроз, оскорблений и словесной брани. Позиция аналитика под такой бомбардировкой выражает послание: слова не причинят мне вреда, они приемлемы. Когда он предоставит себя соответственно как мишень для вербальной враждебности, пациент начнет признавать что отвратительные взрывы чувств и слов вполне допустимы. Он испытывает такую разрядку, когда принимается аналитиком, как освобождение от напряжения и легкое удовлетворение. Ему помогают вербализовать враждебность для терапевтических целей, а не для садистического удовольствия. Предполагается что существует четкое различие между этим, но иногда это необходимо прояснить пациенту повторно.

Данный подход созвучен гипотезе что его враждебные побуждения были изначально мобилизованы в то время, когда границы между эго и объектными полями психики были неясными и размытыми. Когда эти импульсы реактивируются в аналитических отношениях и сопротивление к вербализации их повторно отражается, трансферный объект легко смешивается с самим собой. Шизофренический пациент склонен думать что аналитик настолько подобен ему, что это является его убеждением. В присутствии личности подобной себе, пациент чувствует любовь, понимание и, таким образом, свободу выражать свою враждебность. Через наставление и пример он учится сообщать это на эмоциональном языке.

Продолжая этою делать, пациент начинает все больше и больше осозновать аффективные чувства к аналитику. С разрешением негативного трансферного сопротивления и вербализацией враждебности освобождается к развитию

позитивный трансфер. Позднее чувства пациента станут эдиповыми по природе и на них можно будет воздействовать более привычными интерпретациями. Позитивный трансфер, в свою очередь, не прорабатывается до тех пор, пока он не станет сопротивлением.

Пока овладевают концептуальными инструментами трансфера и сопротивления в указанной выше последовательности чтобы разрешать особые сопротивления при шизофрении, подверженность враждебности пациента индуцирует в аналитике страх, тревогу и ненависть. Он может начать осознавать не только эмпатию, но и сильный негативный контртрансфер, который начинает возрастать до сопротивления. Он может захотеть оставить лечение, освободив пациента как неподходящего для анализа, или найти любые другие способы прекратить отношения. Тем не менее, если терапевт сможет предохранить себя от отыгрывания внутрь (acting on) этих индуцированных чувств и будет способен проанализировать их, они помогут ему понять как враждебные импульсы пациента были организованы. Существует множество ловушек в ненавистном контртрансфере и его производных; однако они представляют собой важный источник терапевтического рычага.

Если шизофренический пациент эффективно лечится в соответствии с только что описанными терапевтическими принципами, то психодинамика процесса выздоровления отличается от той, которая безоговорочно выражена в базовой теории аналитической техники. То, что обычно рассматривается как средняя фаза анализа, не начинает развиваться до тех пор, пока нарциссический трансфер не развернется, а объектный трансфер не установится. Хотя подходы используемые в лечении временами все еще требуются, лечение по своей сути сходно с лечением психоневротического пациента, после того как объектный трансфер стабилизируется. Последовательность событий, которая имеет место в ходе лечения, выражена в нижеприведенной схеме;

1. Развивается и анализируется нарциссический трансфер (молчаливо).
2. Изучаются попытки пациента войти в контакт с аналитиком чтобы определить их источник и историю, а также решается вопрос как необходимо контролировать интенсивность сопротивления.
3. Признается и анализируется нарциссическое контртрансферное сопротивление.
4. На нарциссическое трансферное сопротивление эффективно воздействуют посредством присоединения к резистивным попыткам пациента установить контакт.
5. Прорабатывается нарциссическое трансферное сопротивление .
6. Развивается и изучается объектный трансфер.
7. Признается и анализируется контртрансферное сопротивление,
8. Интерпретируется объект-трансферное сопротивление.
9. Прорабатывается объект-трансферное сопротивление.
10. Разрешается сопротивление к окончанию лечения.

Понятно что лечение подобного рода не легко предпринять. Нарциссическая защита сдерживает контролирующие силы которые могут быть взрывоопасными как динамит при неумелом обращении, силы, которые могут детонировать в отношениях

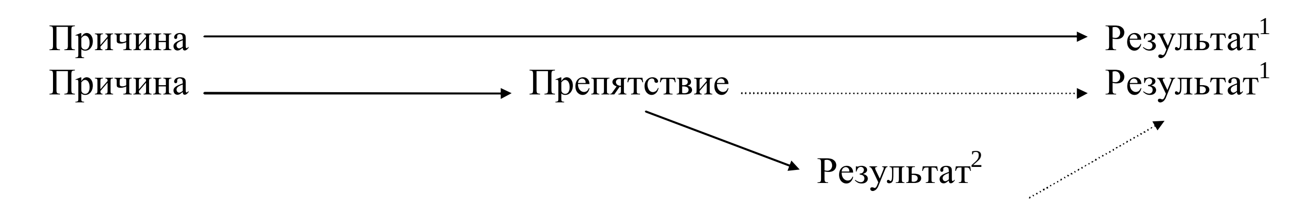
без вреда для каждой стороны. Задача основывается на понимании роли которую играют агрессивные побуждения в организации личности пациента и их влиянии на его здесь-и-сейчас функционирование в аналитических отношениях.

ГЛАВА 4
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ, КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД К КОММУНИКАЦИИ

Природа движется неумолимо от события к событию, предположительно через причины и следствия. Человек движется неуверенно когда он пытается проверить это отношение, особенно если он это делает недирективным методом. Суть такого метода ясно выражена в Записных Книжках Леонардо да Винчи:

Хотя природа начинает со смысла и заканчивает опытом, нам во всем приходится действовать иным образом, т.е. ...начинать с опыта и с его помощью искать смысл. Опыт никогда не ошибается; единственное что может ошибаться — это наше суждение предсказывающие результаты которые не могут быть получены в наших опытах. Пока действует какое-либо внешнее препятствие, данная причина, того что следует воле необходимости, будет ее истинным результатом.

Суть последнего предложения переданного более сжато в схематичном языке используется сейчас в научных изысканиях:



Эти диаграммы предполагают что исследователь пытался восстановить причину до ее "настоящего" результата (Результат^1), который он знает, фокусируясь на неизвестном препятствии и в конце концов аннулируя его. Для того чтобы установить природу препятствия и устранить его чтобы получить Результат^1 вместо Результата^2 работают недирективным методом исследования.

Для ученого-физика Результат^1 может означать направление заданное волной возбуждения при отсутствии внешних помех, а Результат^2- отклонение произведенное действующей силой. Если бы он хотел восстановить течение энергии в первоначальном направлении, он скорее бы отнес себя к неизвестному препятствию, чем пытался изменить Результат^2 директивно. После того как станет известно что это и почему это действует в данном случае, он попытается устранить . Если он успешен в преобразовании Результата^2 в Результат^1, он может допустить что его понимание препятствия является верным и что он может нейтрализовать его.

Фрейд адаптировал недирективный метод к клиническому изучению психических процессов. В результате его систематического применения в исследовании психопатологии были получены основные сведения о развитии личности, были открыты препятствия к здоровому психическому

функционированию и были разработаны психологические техники для их устранения. Таким образом знания, полученные этим методом были преобразованы в терапевтическую мощь.

Клинические концепции и терминология отражают другие сходства между подходом ученого к явлениям во внешнем мире и подходом психоаналитика к явлениям в психике. Например, ученый-физик описывает волны возбуждения как " пульсации энергии ", а препятствия, с которыми они сталкиваются в физической области, как "сопротивление"; аналитик говорит о психологических импульсах и о сопротивлениях к их разгрузке в действиях и словах. Тенденция научного разума относить подобного рода структуры к физическим и психическим фактам для многих может объяснить такие параллели; однако они поддерживают мнение о том что подобные силы действуют в обоих сферах и что различная организация, компоненты, или выражение этих сил наблюдаются каждой группой исследователей.

Общее понимание явлений часто влечет за собой объединение наблюдаемых фактов и теорий основанных на изучении различных аспектов функционирования.

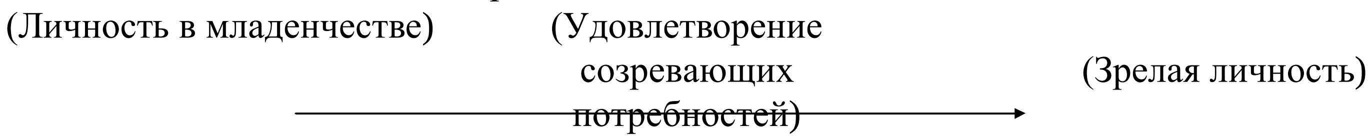
Тем не менее, общие объяснения не всегда требуются в клинической работе. Чисто психологические объяснения часто снабжают психотерапевта достаточным пониманием каких-либо неглубоких расстройств для того чтобы удовлетворительно работать с ними. Хотя Фрейд неоднократно обращал внимание на возможную органическую вовлеченность при неврозах, он пояснял (1933):"Наш аналитический опыт, которому они могут широко подвергаться, если исторически обусловленные причины и дополнительные второстепенные факторы болезни будут разрешены, привел нас к пренебрежению конституциональным фактором в нашей терапевтической практике" [40].

Возможно этот фактор имеет большее значение при шизофрении. Чем более примитивен эмоциональный уровень на котором функционирует пациент, тем больше потребность понять взаимодействие между психодинамикой и биодинамикой болезни. Современные исследования молекулярной биологии и биохимии дают некоторые ключи к природе такого взаимодействия. Находки в обеих этих областях пока еще не дали информации которая имеет отношение к психологическому лечению, за исключением, как дальнейшего подтверждения, факта что лечебный процесс вызывает значительные изменения в общем функционировании организма. Нарушенное функционирование эндокринной системы, например, означает что имеются метаболические отклонения; таким образом, метаболические повреждения должны происходить, и они происходят со временем. С другой стороны, церебральные физиологи и другие исследователи нервной системы описывают гипотезы и наблюдения которые имеют отношение к лечению шизофренических индивидов и, действительно, применяются в психоаналитической терапии. Их особое значение для коммуникаций терапевта обсуждается в этой главе в рамках мультидисциплинарной формулировки.

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ

Недирективный метод исследования основывается на предположении что отношение между причиной и результатом являются константными до тех пор, пока, повторяя слова да Винчи "действует какое-либо внешнее препятствие".

Для исследователя жизненных явлений это предположение может означать что здоровое оплодотворенное яйцо последовательно развивается в условиях благоприятного окружения пока оно не достигнет вершины своего роста и развития как здоровое взрослое существо. Сосредотачиваясь на одном аспекте этого беспрепятственного движения, допускается что в отсутствие значительных неблагоприятных внешних воздействий личность продолжает развиваться, пока она не достигнет эмоциональной зрелости в полном смысле этого слова.



Удовлетворение созревающих[7] потребностей является благоприятным результатом серии взаимодействий с окружающими силами — физиохимическими и биологическими в такой же мере как и психологическими — в которые организм вовлекается исходя из концепции прогрессивного развития. Эти взаимодействия составляют различные виды совместных действий, каждое из которых вносит особый вклад в длительный процесс встречи изменяющихся эмоциональных потребностей ребенка. Первым окружающим посредником, с которым он объединяется, является его мать. Современные исследования придают решающее значение их совместному функционированию для становления личности [96]. Созревающий опыт в течение эдипова периода развития приобретает особую специфичность в семье. Позднее, совместная деятельность включает в себя расширяющийся круг взрослых и сверстников.

Окружающие взаимодействия растущего ребенка приводят психическую энергию в действие и создают условия для ее конструктивной утилизации. При рождении организм представляет собой связку телесной и нервной энергии, оснащенную рефлексами, которые автоматически высвобождают давление многих видов возбуждения на нервную систему. Тем не менее психическая или ментальная энергия очевидно развивается позднее и ее разгрузка может быть паттернизирована. Время и количество стимуляции, которой подвергается ребенок, помогают определить вид паттернов его психики, организованных для распределения этой энергии. Стимулы, соответствующие каждой созревающей последовательности, в балансе с его собственной импульсивностью облегчают течение психической энергии и ее удовлетворяющую разрядку в эмоциях, действиях и словах. Эффективная энергораспределительная система является атрибутом зрелой личности.

Если личность не смогла реализовать свой потенциал роста, то резонно предположить что индивид отклонялся от пути своего естественного развития из-за его окружения, или недостатка основных компонентов роста, либо из-за того что на него действовали силы, борящиеся против его поведения, которого требовали импульсы его роста. В некоторых случаях могут быть инкриминированы оба

[7] Используется в значении "развивающиеся" или "растущие" потребности.

фактора. Серьезные препятствия, достаточные для того чтобы вызвать мучительные или калечащие симптомы, предполагают что некоторое повреждение, которое он получил в своих ранних взаимодействиях с окружением, защищает его от спокойного обращения с непосредственными реальностями его жизни.

Очень специфичные реакции на недостаток созревания могут быть классифицированы. Они образуют спектр функциональных расстройств от легких форм психоневрозов до психотических состояний. Между этими полюсами располагаются импульсивные расстройства, расстройства характера и некоторые психосоматические нарушения. Позиция каждого компонента на спектре предполагает, в обратном порядке, стадию, на которой был нарушен процесс созревания. Чем раньше это происходит, тем более разрушительными для организма оказываются эти влияния. Психоз связан с разрушением созревавших последовательностей, которые разворачиваются в течение первых двух лет жизни — преэдипов период. Относительно бедное событиями завершение этих ранних последовательностей располагается в других местах классификации. Превратности, происходящие на поздних уровнях созревания, связаны с психоневрозами и относительно неглубокими нарушениями, которые "нормальная" личность испытывает в эмоционально-стрессовых обстоятельствах.

В отличие от расстройств которые приводят к постоянному повреждению центральной нервной системы, таких как церебральная атрофия или опухоль мозга, не существует доказательств того, что функциональные расстройства необратимы. Психоаналитик работает с ними основываясь на предположении что они психологически обратимы, и обратимы посредством недирективного метода. В роли терапевтического объекта он обеспечивает дополнительные серии взаимодействий для личности, созревающие потребности которой были неправильно или неадекватно встречены в его взаимодействии с настоящими объектами. Лечебные отношения предназначены для того чтобы помочь пациенту достичь настолько быстро, насколько это возможно, высокого уровня развития, характеризующего эмоционально зрелую личность.

(Личность в младенчестве) (Зрелая личность)

Неправильное удовлетворение созревающих потребностей во взаимодействии с настоящими объектами

Дополнительные серии созревающих взаимодействий с терапевтическим объектом

(Дефектная [незрелая] личность)

У личности, находящейся в психоаналитическом лечении важно признать два разных типа препятствий в личностном росте:

(I) Она в определенной степени страдает от последствий недостаточности, или воспоминании о недостаточности при встрече его созревающих потребностей, что ведет к фиксациям или задержкам в эмоциональном росте. (2) Пытаясь справиться с этими фиксациями или задержками, он соединяет эту недостаточность с определенными повторяющимися паттернами поведения, которые дренируют

энергию в круговые процессы (патологические круги-прим. перев.). Эти защитные паттерны, в той мере, в которой они продолжают существовать и защищать его от эффективного усвоения опыта, который может служить редукции его потребностей, становятся мальадаптациями. Их действие препятствует развитию следующих созревающих последовательностей.

Эти два типа препятствий личностному развитию, в психодинамических терминах, изображены на рисунке I.

Специфически причастной к шизофрении оказывается фрустрирующая ситуация, которая была связана с ранними созревающими последовательностями и субъективно переживалась как слишком сильная и продолжительная. Более того, ситуация мобилизовала чрезмерное количество агрессивной энергии, и ее экспрессия на объект подвергаясь крайней степени подавления и вытеснения.

РИСУНОК 1



Лечебные отношения реактивируют оба типа препятствующих факторов: дефицитные состояния, созданные неправильной встречей созревающих потребностей так же, как и паттерны мальадаптации, которые, возможно, вытекают из попыток справиться с этими состояниями. По различным причинам, препятствия первого типа не являются фокусом в лечении. Направлять его на редукцию созревающих потребностей должно быть настолько же бессмысленно, насколько обжорством в двадцать лет искоренять память о голоде в раннем детстве. Последствия первоначальной фрустрации или депривационного опыта не стираются подобным образом. Аналитик, следовательно, концентрируется на втором типе препятствий. Разрешение паттернов мальадаптации, которые заключают энергию, требующуюся для дальнейшего личностного роста, является его первичным интересом.

Другими словами, аналитик действует *недирективно*, как посредник созревания, который принимается скорее за блокировки, чем за потребности. Ненамеренно, некоторые потребности роста, которые не были удовлетворены в ранней жизни, удовлетворяются — символически — в процессе разрешения блокировок. Тем не менее конечной целью лечения является *разрешение поведенческих тенденций* которые предохраняли пациента от редукции этих потребностей. С разрешением беспокоящих паттернов, ментальная энергия, которую они удерживали под контролем, становится доступной для дальнейшего эмоционального роста.

Разум или психический аппарат, с которым аналитик соприкасается, оказывается продуктом специфической нейронной организации. Интеграция современных знаний об этой "структуре" с психоаналитической теорией повышает

понимание определенного рода психотерапевтического воздействия, к которому восприимчив шизофренический индивид, и сопутствующих модификаций в способах нейронного функционирования - объективно определяемого фактора изменения. Нейропсихологический подход предлагает дополнительное руководство для коммуникации, один из аспектов которого может быть с достаточной точностью определен количественно, для того чтобы удовлетворить потребности клинициста.

Объяснение значения нейронных процессов для поведения является более простым делом, чем описание этих процессов. Без погружения в лабиринты нейроанатомии, нейрохимии, или электрофизиологии, нейрофизиологические наблюдения и идеи об активности нервной системы могут быть приведены в гармонию с только что представленными мультидисциплинарными гипотезами.

Существующие психические паттерны, которые действуют как препятствия к личностному созреванию, являются паттернами, заложенными ранним обучением в орган психики. Если аналитик имеет некоторое представление о взаимосвязи психических и физических структур, он более способен задействовать обе. Понимание изменений в нейронном функционировании, которое связано с психологическими изменениями, помогает удовлетворить потребности в конкретных объяснениях результатов аналитических процедур.

R. W. Gerard [57, p.1945], красноречивый толкователь современных открытий в нейронных механизмах поведения, сообщает о физическом импринтинге того, что я концептуализировал как созревающие взаимодействия:

Сырой опыт ребёнка прогрессивно категоризируется и дифференцируется до уровня высоко специфических перцепций и понятий взрослого индивида *успешными шагами паттернизирования* в его нервной системе... .Постоянные или регулярно повторяемые *констелляции сенсорных входов* генерируют реальности нашего универсального опыта, первоначальные материальные объекты ....*Следы, оставленные опытом являются реальными и специфическими паттернами в нервной системе*, с морфологическим локусом и физиологическими свойствами.

НАУЧНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ФРЕЙДА

Фрейд заложил основание для нейропсихологического подхода в 1895 году, когда вышла в свет публикация *Исследований Истерии*. Исходя из нее, с его пониманием церебральной физиологии, опыта в лечении заболеваний нервной системы и огромного интереса в изучении как нормального, так и анормального ментальных процессов, попытка вывести психологию из нейропсихологии была ожидаемой. Начиная с того, что он спроектировал как психологию для, и на языке неврологов, он выкристаллизовал то что было известно в то время о мозговом функционировании и облачил в своё интроспективное понимание и клинический опыт работы с психиатрическими пациентами, чтобы расшифровать психические процессы, которые не были объяснены. Он знал, например, что психическое функционирование различно в состояниях бодрствования и сна, но он не имел объективных доказательств того, что это было верно для центральной нервной системы.

Проработав несколько месяцев, он, тем не менее, оставил работу, решив, что было невозможно рассчитать всю психическую активность в нейропсихологических терминах. Его неоконченный манускрипт, спасённый от забвения, был посмертно опубликован (I960) под названием "Проект Научной Психологии"[45].

Фрейд оставил бесконечную психологию с целью "локализации" психологических открытий в психике. Тем не менее, когда он обнаруживал, что тот или иной психический процесс совпадал с одной из нейрологических формулировок 1895 года, она интегрировалась в тело психоаналитической теории, обычно с некоторой ревизией. Взгляды, произошедшие из его неврологической подоплеки были, таким образом, постепенно пересажены в новую науку. Следовательно, психоаналитическая теория имеет силу будучи связанной с психологической реальностью как наблюдаемая интроспективно, а с физиологической реальностью как наблюдаемая объективно.

Опубликование "Проекта" сделало возможным отделить "чисто психические" аспекты теории - идеи, произошедшие в целом из психологических наблюдений - от нейрофизиологических постулатов. За более чем полвека, игнорирование его аккуратного использования этих постулатов сделало невозможным проверить валидность рабочих гипотез Фрейда, как я, лично, обнаружил в 1930 г.г., когда пытался отследить некоторые из предположений, на которых они были основаны. Очевидное доказательство правомерности его заключений в области психо-телесных отношений было проверено экспериментальными техниками и инструментами этой эры. В течение сна, изучаемого особенно, значительный прогресс был достигнут на пересечении физического и психического функционирования, биологические феномены были рассмотрены в психологических терминах и наоборот.

Некоторые из теорий Фрейда были подтверждены; другие оказались неверными. Чтобы понять где он ошибался, нужно изучить нейрофизиологию того времени и сравнить её с современной нейрофизиологией. Но это уже другая история. Значительное сходство обнаружилось в формулировках "Проекта" и формулировках современных нейронаук. Некоторые из этих корреляций, психологически наблюдаемых процессов и нейронных функций, которые могут быть охвачены только a priori, разумно соответствуют в своей сути современным знаниям об активности нервной системы. Тем не менее, основной подход и терминология, в которой эта активность сейчас концептуализирована, являются более менее механистичными, чем основная схема Фрейда, соединяющая ментальные и физические события, которая отражает дух неврологии конца 19 века. Всестороннее обозрение схемы будет поэтому иметь небольшую ценность для клинициста, однако я упомяну несколько подходящих формулировок.

Психические процессы концептуализируются в "Проекте" как "количественно определённые состояния" структурных единиц нервной системы - нервных клеток или нейронов. Предполагается, что это будут "специфические материальные частицы". Идея о "рассматриваемом нейронном возбуждении как количествах в текучем состоянии" была внушена Фрейду "чрезмерно сильными мыслями" пациентов с истерией и обсессивными неврозами, а так же необходимостью описания конверсии, разрядки и других механизмов, связанными с этими расстройствами.

Превалирующая тогда теория нейронной инерции отражается в утверждении Фрейда что нейроны "стремятся избавиться от количества" (суммы возбуждения). Их разделение на два класса - сенсорные и моторные нейроны - служило как "приспособление для противодействия восприятию количества". Используя его "только для того, чтобы освободиться от этого количества посредством связывания пути, ведущего к мускульным механизмам", первичная нейронная система "держит себя свободной от стимулов. *Этот процесс разрядки является первичной функцией нейронной системы*".(Курсив автора.)

Нервная система выполняет вторую из этих двух основных функций, согласно Фрейду, сохраняя уровень напряжения близкий к нулю, когда имеется препятствие с тенденцией к инерции. Предпочтительные методы разрядки влекут за собой бегство от стимулов, однако временами организм подвергается стимуляции от которой он не может убежать. Примечательно что стимул, исходящий от собственного тела, сам по себе (эндогенно) продолжает действовать до тех пор, пока разрядка "специфическим действием" не будет инициирована внешней силой; например, голодные боли сохраняются до тех пор, пока потребность в пище не удовлетворится. Поскольку "жизненная необходимость" может не допускать такого действия, нервная система "должна научиться выдерживать дополнительное количество... достаточное чтобы удовлетворить потребности в специфическом действии. Поскольку это так и происходит, подобная тенденция всё ещё существует в модифицированной форме, в наклонности удерживать это количество на минимуме, насколько это возможно, и избегать любого его увеличения (то есть, сохранять уровень его напряжения константным)".

В дополнение к двум периферическим системам сенсорных и моторных нейронов, которые воспринимают и разгружают сенсорный вход, Фрейд допускает существование "*третьей* системы нейронов... которая в состоянии возбуждения вызывает различные качества - являясь, так сказать, сознательными ощущениями. ...Предполагается что такая система состоит из приспособлений для перевода *количества* в *качество*". В другой ссылке на систему, которая поддерживает поведенческие паттерны, модифицируемые в лечении, Фрейд утверждает: "Мы знаем из анатомии что существует ...покрывающая система (серое вещество мозга), которая не имеет прямых периферических контактов, но которая ответственна за развитие нейронной системы и за психические функции".

Основные идеи Фрейда выдвинутые в "Проекте" для того чтобы сделать психические процессы "ясными и лишёнными противоречий", также как и его рассмотрение нейрона как "модели" нервной системы, и его формулировки о соотнесённом функционировании трёх больших групп нейронов находятся в соответствии с современными познаниями. Сегодня нейрон понимается как интегративная единица нервной системы. Фундаментальная активность системы связана с электрическими изменениями или потенциалами которые продуцируют нейроны когда они проводят импульсы и передают возбуждение или торможение через связывающие их волокна (синапсы). Таким образом передаются сообщения которые относятся к очень сложным психологическим процессам. "Проект" предвидел восстановление дружеских отношений между психологией и нейропсихологией на уровне нейронов и групп нейронов.

СОВРЕМЕННАЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ

Энергетические процессы которые фигурируют в психоаналитических личностных и поведенческих конструкциях связаны с функционированием в мозге 30 биллионов нейронов. Они образуют три взаимосвязанные системы разветвленные по всему телу. Стимуляция исходящая из внешнего окружения (экзогенный вход) и из соматических процессов (эндогенный вход) возбуждает сенсорные нейроны в рецепторной системе. По этим "проводам" афферентные импульсы, вызванные возбуждением, направляются к интернейронам. Эта группа нервных клеток, часто называемая распределительным шитом мозга, интегрирует, записывает и реорганизует сенсорный вход, трансформируя афферентные импульсы во внутреннее изменение или проводя их к эффекторной группе нейронов. Эта третья система разгружает энергию – эфферентных импульсов – в мускулы и железы, действия и речь.

Накопление и разгрузка активности интернейронной системы связана с такими сложными операциями как восприятие, процессы памяти, воспоминание, принятие решения и организация поведения. Разгрузка эфферентных нейронов стимулирует афферентную нейронную разгрузку – через процессы обратной связи. Система бомбардируется афферентными импульсами произведёнными как процессами обратной связи, так и сенсорными влияниями внешнего мира и внутренних телесных процессов. Следовательно сенсорный поток будет огромным.

Средний уровень сенсорного потока, который является оптимальным для здорового функционирования интернейронов, облегчает созревающие процессы у маленького ребёнка. С другой стороны, постоянное воздействие слабого или сильного сенсорного потока перегружает нервную систему. В таком состоянии она приводит в действие различные механизмы, имеющиеся в её распоряжении для действующих возбуждений, которые угрожают психологическому выживанию, такие как поиск или избегание стимулов, нахождение и создание подходящего качества, и развитие защит от стимулов.

Подверженность в ранней жизни подходящей сенсорной стимуляции инициирует благоприятное развитие нейронных циклов. Интернейроны, активированные афферентными нейронами, разгружают свою энергию полностью в эффекторные нейроны, чем вызывают чувство удовлетворения. Неадекватная сенсорная стимуляция – афферентных входов, которые интернейронная система не может организовать и не может разгрузить полностью – создает напряжение в организме. Когда разгрузка в эффекторные нейроны оказывается характерно блокированной, пулы неразгруженной энергии накапливаются и перегружают интернейронную систему. Приводятся в действие паттерны работающие с этой перегрузкой. Короче, слишком высокая, слишком низкая, или отсутствие стимуляции задерживает эфферентные выходы. Энергия разгружается в повторяющиеся паттерны.

Нейродинамика неадекватной сенсорной стимуляции в ранней жизни показана на Рисунке 2.

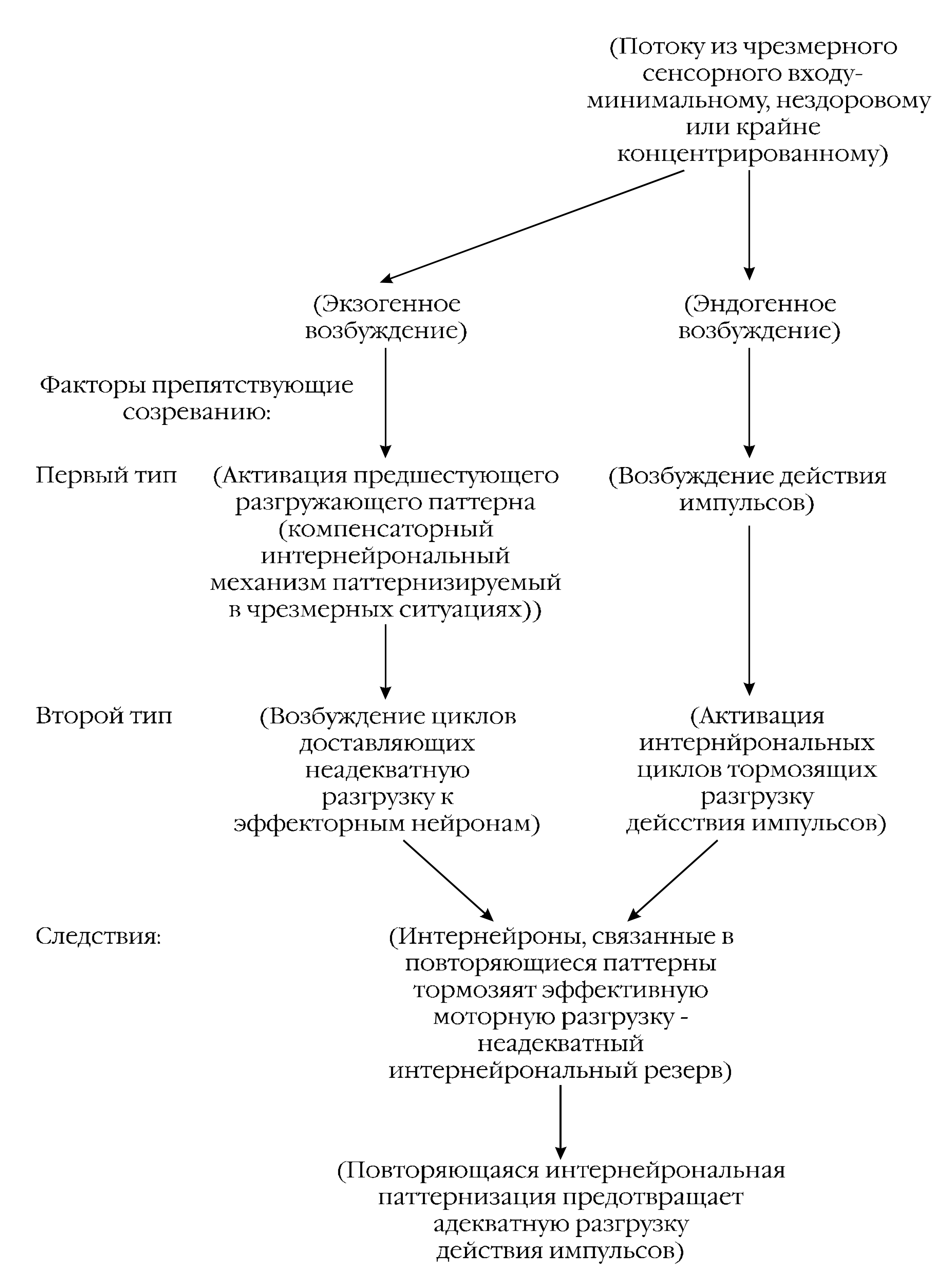
Большинство необъясненных микрособытий действует между стимулом и ответом. Наблюдения и теории. которое описывают их, пролили новый свет на поведение. Уместно будет упомянуть некоторые из них:

I. Сенсорный вход может превышать своевременный выход до астрономической степени. Моторная разгрузка, по-видимому, влияет на непосредственное психологическое состояние организма и тип уже установленных паттернов в такой же мере, как и большинство неизвестных факторов. Направленное вовне течение через конечный моторный путь редуцировано заключением некоторых импульсов в замкнутые петли или группы нейронов. Слишком длительные реверберации или синхронная активность, вызванная таким образом, объясняет бессознательные процессы в снах, неразрешенных напряжениях, тревоге и т.п.

II. Поведение организма может быть повреждено недогруженным или перегруженным входом (экзогенно). В психологии это называется сенсорной депривацией и чрезмерной стимуляцией. Негативные ощущения, вызванные количественными пределами в стимуляции, порождают агрессивный импульсы. Тогда интернейроны могут активироваться чтобы разгрузить эти импульсы, проистекающие из эндогенного возбуждения.

III. Поддержание здорового равновесия также вызывает частичную активацию интернейронной системы; избыток неактивированных нейронов тогда оказывается способным справляться со стрессовыми ситуациями. Следовательно, оптимальное функционирование нервной системы связано с большим "нейронным резервом" – нейрофизиологическим коррелятом несвязанной или свободной психической энергии, Недостаточный нейронный резерв вероятно оказывается важным фактором в психозе. Чрезмерная фиксация нейронов и патологические паттерны особенно связаны с психическими болезнями.

Рисунок 2
(Нейрональная паттернизация мозга в младенчестве) подвергается.



В этом смысле их различные формы могут быть охарактеризованы типом фиксации паттернов, в которые интернейроны оказываются заключенными, и степенью, на которую истощается нейронный резерв. Можно предположить что истощение следует различным направлениям в каждом типе расстройства, и что симптомы являются показателями природы и степени истощения.

При всех психогенных заболеваниях непропорционально большое количество интернейронов оказываются задействованными в процессе предотвращения

разгрузки. Паттерны моторной разгрузки настолько недоразвиты или действуют так спорадически у некоторых пациентов, что создаётся впечатление будто торможение или задержка выхода перегруженного сенсорного входа является скорее первичной, чем вторичной функцией нервной системы. Более или менее автоматическое повторение такого поведения демонстрирует действие регуляторных механизмов, которые годами развивались для того чтобы справляться с вредными или болезненными стимулами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВЫВОДЫ

Это междисциплинарное объяснение было предпринято не просто для того чтобы дополнить психоаналитическую очевидность влияния результатов раннего жизненного опыта на "тенденции" личности. Знания, накопленные путём изучения нервной системы, а также расчеты материальной стороны примерного клинического опыта терапевта-аналитика, особенно времени и усилий, способствуют появлению длительных изменений в поведении. Сопротивление изменению становится *более понятным* когда он осознает нейронные механизмы вовлеченные в это изменение.

Препятствия к изменению, которые эти феномены представляют, не могут быть преодолены в значительной степени путём простого напряжения силы воли пациента, но, тем не менее, эта решительность может оказаться ко времени. Процесс изменений может быть облегчен аналитиком. Известная концепция лечебного трансфера может быть приравнена к особому сенсорному входу, который стимулирует интернейронную систему чтобы действовать в новых направлениях, если только интернейроны окажутся свободными от старых окольных путей, однако, прошлое способно легко реактивироваться когда пациент недолго находится под влиянием аналитика. То, что освобождает нейроны, то есть, разрешает им быть активированными в новых, более подходящих направлениях , является деактивацией *старых путей.*

Свобода вести себя интегрировано при различных обстоятельствах означает, что всегда имеется достаточный запас интернейронов для того чтобы работать со значительными колебаниями в сенсорном входе, обдуманно принимать решения и соответственно себя вести в непосредственной ситуации, выражаясь нейродинамическими словами, аналитическая задача может быть концептуализирована как задача перехода от окольных к более эффективным интернейрональным путям, деактивирование путей, которые не производят дренирования интернейронов, требуемого для личностного роста, или повышение интернейронального резерва.

Ясно, что аналитик изначально работает над совершенствованием функций интеграции и контроля неврального аппарата; однако, структура нервной системы заставляет признать, что он может применить своё воздействие только недирективно. Интернейроны не доступны директивному воздействию; их можно достичь только через две другие группы нейронов. Поведенческие изменения установятся только тогда, когда сформируются новые связи между специфическими комбинациями рецепторных и эффекторных нейронов.

С пробуждением в аналитических отношениях чувств, связанных со значимым жизненным опытом, "трансферное поведение" показывает что активируется

специфическая интернейрональная организация, установившаяся в ответ на этот опыт. Это предоставляет удобный случай деактивировать изначально заложенные пути и открыть другие – то есть, связать воссозданное эмоциональное состояние с интернейрональной организацией, которая сможет выражать себя в более зрелых паттернах поведения. С такой целью аналитик предоставляет себя на протяжении всего лечения для того, чтобы облегчить пациенту восприятие стимулов, которые приведут в действие относительную комбинацию афферентных импульсов и обезопасят выход желательной комбинации афферентных импульсов.

Единственным инструментом способным пробудить возбуждающие и тормозящие механизмы является коммуникация, как вербальная, так и невербальная. Для того чтобы построить отношения, стороны используют инструмент различным образом. Ситуация структурируется так, чтобы поощрять пациента высвобождать свои импульсы через речевой аппарат. Непреднамеренный разговор является более эффективным потому, что он открывает пути разгрузки интенсивных чувств. Когда он спонтанно вербализует, он, к тому же, обнаруживает специфическую организацию нервных импульсов которая доминирует на данный момент. Для того, чтобы легче обнаружить это и модифицировать нейронную организацию пациента, аналитик говорит с терапевтическим намерением. Он предоставляет *коммуникации не больше* чем необходимо для этих целей.

Кроме деактивации окольных путей разгрузки и активации новых, высвобождение психической энергии через речевой аппарат воздействует на рецепторную систему посредством обратной связи. Хотя в психотерапии действуют и другие типы обратной связи, аудиальная обратная связь имеет огромное значение. Простое выслушивание того что он говорит стимулирует ощущения у пациента, таким образом возбуждая афферентные импульсы, которые вызывают чувства и идеи в интернейронной системе, и активируя афферентные импульсы.

Постоянное возобновление этой последовательности нейронной активности стимулируется обратной связью от собственных вербализаций пациента и дополнительным стимулом от коммуникаций аналитика. Связывая три группы нейронов, язык делает интернейрональные паттерны доступными терапевтическому воздействию. Кроме того, разговорная речь является формой моторной активности через которую высвобождаются эфферентные импульсы. Такое высвобождение является решающим для модификации организованного поведения через продолжающуюся разгрузку интернейронов. Следовательно, аналитик действует систематически для того, чтобы организовать разгрузку психической энергии через речевой аппарат.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕОРИИ

Большой ряд задач разрешения защитных паттернов или мальадаптаций, которые мешают пациенту полностью завершить необходимые созревающие последовательности, имеет два аспекта. Прежде всего блокады созревания должны быть пробуждены с достаточной интенсивностью для того чтобы стать идентифицированными и понятными. Даваемая пациенту инструкция говорить изначально является широким исследовательским и тестинговым процессом. Он продолжается до тех пор, пока аналитик полностью не поймёт источник и историю

патологических паттернов и их значение для текущего функционирования пациента. Второй аспект задачи появляется в тот период, когда аналитик уже имеет достаточное понимание паттернов для оказания на них некоторого влияния; он продолжается до окончания лечения. Паттерны, которые служили предрешению зрелости прорабатываются в направлении постепенного ослабления до тех пор, пока не исчезнет их компульсивный характер. Тогда дальнейший рост личности становится возможным.

Количество энергии, которую аналитик затрачивает в разговоре, зависит от непосредственных стимулов, требующихся пациенту. Когда начинается изучение паттернов разрядки его побуждений, желательно чтобы он, насколько возможно, был предохранён от посторонних форм стимуляции. После предъявления инструкции говорить, аналитик обеспечивает вербальную пищей, но не более чем эти необходимо, чтобы помочь пациенту расслабиться и свободно коммуницировать - другими словами, поддерживать его в состоянии самостимуляции разгрузки. Слуховая обратная связь является основным источником стимуляции в течение периода исследования. Позднее, вход и выход специфических форм и количеств энергии, которая произведет фундаментальные изменения в способе функционирования пациента, первично стимулируется коммуникациями аналитика. Количество энергии которое он расходует в вербальных взаимодействиях обычно увеличивается как лечебная процедура.[8]

Во время начальной фазы лечения , его молчание, в общем, является удовольствием для пациента. Эта внимательная и заинтересованная коммуникация побуждает его артикулировать собственные импульсы для его духовного удовлетворения. Однако, непрерывный монолог от сессии к сессии, потребляет огромную долю энергии, и говорящий приходит к ожиданию некоторого пополнения – вербальной пищи от слушателя. “Монолог возбуждает аппетит для диалога и наоборот”– как заметил один юноша.

На специфические требования информации предоставляются ответы и, когда они оказываются удовлетворяющими, ситуация облегчается. Однако, так или иначе, шизофренический пациент, открывая этот потенциальный источник удовольствия или продолжая монолог, испытывает состояние напряжения. Это тормозит его вербальную спонтанность. Тогда он, вероятно, возвращается к инфантильному способу борьбы с фрустрацией. Другими словами, активируется интернейрональный паттерн, установленный в ранней жизни, когда он был подвержен сенсорной депривации. Как уже было указано, эта ситуация ведёт к эндогенному возбуждению, которое стимулирует агрессивные побуждения. Если освобождение этих побуждений контролируется, создаётся возможность исследовать как были установлены инфантильные паттерны, сдерживающие эффективную моторную разгрузку, и почему пациент продолжает использовать их.

(Незрелые паттерны) заряженные (Трансфером) (Со~~проти~~вление)

[8] Может быть отмечено, что затраты ментальной энергии аналитика с односторонней активностью не определяется этой формулировкой.

Наличие сопротивления допускает вывод о том что интернейронная система оказывается чрезмерно вовлеченной в предотвращение сенсорного входа из трансформированного в эффективный моторный выход.

Пока пациент говорит спонтанно, он дает выражение импульсам, которые произошли от измененного сенсорного входа и активации различных интернейрональных структур. Двигаясь вперёд, от одной идеи или опыта к другой, он вовлекается в *прогрессивную* языковую разрядку. В периоды сопротивления, с другой стороны, он либо "вязнет" в тишине, либо его вербальный выход характеризуется ригидностью. Преобладание специфической организации невральных импульсов ведет к *повторяющейся* языковой разрядке. Пациент уподобляется граммофонной пластинке, застрявшей в колее. Можно предположить что это поведение связано с реверберацией импульсов в интернейрональных циклах. В нейропсихологических терминах сопротивление может быть описано как "запирание" энергии в невральных структурах, которое препятствует прогрессивной языковой разгрузке.

Участие аналитика в разрешении сопротивления изначально является одним из условий коммуникации, которая даёт пациенту возможность свободно вербализовать все его импульсы, чувства, мысли и воспоминания. В течение прогрессивной языковой разгрузки, интернейрональные структуры, повторная активация которых, для того чтобы ограничить или затормозить разгрузку, служила препятствием к созреванию, постепенно деактивируются. Вмешательство, которое разрешает препятствие, описывается поэтому как "зрелая коммуникация". Этот термин применяется ко всем вербальным чувствам, которые предназначены для того чтобы освободить пациента от сопротивления.

(Сопротивление) встретилось со (зрелой коммуникацией) ⟶ (Разрешение сопротивление)

Вариабельным фактором этого основного уравнения является *количество* коммуникации. Оно зависит от эмоционального состояния пациента на данный момент и его способности вербализовать его спонтанно, без дополнительной вербальной стимуляции. Аналитик вкладывает в коммуникацию столько энергии, сколько необходимо для того, чтобы помочь пациенту мобилизовать и разгрузить энергию соответственно, или перейти от повторяющейся к прогрессивной языковой разгрузке.

Как трансферные развития изучаются реакции пациента на вербальный выход энергии аналитика, чтобы определить какое количество наиболее оптимально для возбуждения умеренного сопротивления. После того как это станет ясным, определяют минимальное количество коммуникации, необходимое для того чтобы продвигать пациента от повторяющейся языковой разгрузки или молчания. Это равносильно тому, что аналитик эмпирически учится насколько нужно ограничить свои собственные коммуникации для того, чтобы (1) держать пациента в оптимальном состоянии фрустрации для *возбуждения желательной интенсивности сопротивления и* (2) обеспечить минимальное количество удовлетворения, которое

редуцирует сопротивление и даст возможность пациенту возобновить процесс прогрессивной языковой разгрузки.

Возбуждение сопротивления:

(Импульсы, стремящиеся к разгрузке) наталкиваются на (Силу сопротивления или противодействие к коммуникации) → (резистивный паттерн - повторяющаяся языковая разгрузка или молчание)

Разрешение сопротивления:

(Импульсы, стремящиеся к разгрузке) высвободились (Редукцией сопротивления - растворением противодействия) → (Прогрессивная языковая разгрузка)

Терапевтический ранг коммуникации – объемы зрелой коммуникации – постепенно устанавливаются для лечения.

В принципе, высота уровня развития, на которой пациент приступает к лечению, широта ранга терапевтической коммуникации, которую он может вынести и малая настоятельность её являются для аналитика тем, что заставляет его действовать строго в пределах такого ранга, Молчание не мобилизует столько эксплозивной силы у пациента, чьи проблемы являются эдиповыми по природе, потому что его способность вербально выражать эмоциональную энергию хорошо развита. Он способен без труда разгрузить в речи эти состояния центрального возбуждения, связанные с сенсорной депривацией. Существует относительно небольшая опасность того, что он будет высвобождать эфферентные импульсы в нежелательных формах моторной активности. Широкий ранг коммуникации является терапевтическим настолько, насколько он переносим, Из-за его относительно длинного курса полезного развития, различная степень вербального контакта *создаёт ситуации* которые способствуют разрешению сопротивления в лечении.

Непосредственное высвобождение эфферентных импульсов в моторную активность характеризует более примитивный способ функционирования. Пациенты приступающие к лечению о преэдиповыми проблемами имеют ограниченную способность вовлекаться только в вербальное высвобождение; они более склонны разряжать свои побуждения в беспорядочные формы моторной активности, чем в речь. Эта тенденция и сопровождающие ее опасности создают тревогу, и мобилизуются тормозящие напряжения. Чтобы не стимулировать действие более примитивных паттернов, они сдерживают влияние крайних уровней сенсорного входа или сенсорной депривации на этих пациентов в периоды вербального контакта. А для того чтобы контролировать мобилизацию агрессивных побуждений

пациента и обеспечивать их высвобождение в речи, важно более строго придерживаться ограниченного ранга коммуникаций.

Часто кажется что шизофренический пациент способен переносить отсутствие вербального контакта более продолжительные периоды, чем личность с меньшими нарушениями[9]. Они не вербализуют свои агрессивные реакции на такую депривацию настолько же легко как, например, это делает психоневротический пациент. Некоторые из них в большинстве сессий идут на разговор не требуя каких-либо коммуникаций от аналитика.

Тем не менее, в подобном поведении заключено неправильно адресованное влияние фрустрационной агрессии. Не владея своими агрессивными реакциями, эти пациенты могут только скрывать их – шизофреническая реакция. Их тенденция накапливать агрессивные импульсы отражает крайнюю потребность ингибировать их разрядку.

Для того чтобы предотвратить потенциально эксплозивную ситуацию от развития и терапевтически работать с этими защитными реакциями, аналитик ограничивает ее удовлетворение пациентом - удовлетворением, только в терминах вербального контакта. Для шизофренических пациентов, на ранних стадиях лечения, психологически здоровая диета, которая предоставляется обычно минимальными дозами коммуникации с относительно продолжительными интервалами, гораздо лучше, чем умеренные дозы с различными интервалами, на которые отвечает психоневротический пациент.

В чём актуальное различие между "умеренной" и "минимальной" дозами коммуникации? Поскольку точные размеры определить невозможно, термин "единица коммуникации" введен, чтобы предположить различие. Условная единица представляет собой оценку количества времени, которое аналитик затрачивает в разговоре с пациентом.

Грубо говоря, ранг коммуникаций аналитика с пациентом, имеющим эдиповы проблемы, составляет от 10 до 100 единиц. Ранг, указывающий на работу с характерными защитами шизофренического пациента, составляет от 2 до 5 единиц. Разница между этими вербальными диетами в некотором роде подобна разнице между нормальными пищевыми потребностями взрослого и пищевыми потребностями ребёнка, находящегося в состоянии недоедания.

В стадии формирования отношений, вербальный контакт с шизофреническим пациентом является чрезвычайной редкостью. Желательно, чтобы аналитик не выходил за пределы 5 единиц до тех пор, пока нарциссический трансфер не будет разрешён. Между регулярно короткими приёмами пищи, с относительно длинными интервалами, при необходимости могут быть добавлены 2 дополнительные единицы. Любому сопротивлению пациента, которое он развивает к трансферному объекту, испытываемому как к существу подобному себе, или даже части себя,

---

[9] В этой связи кажутся интересными открытия, основанные на контрольном изучении в Национальном Институте Психического Здоровья. В январе 1968 г. вышло в свет издание *Психосоматической Медицины*-(том3О), где Monte Buchsbaum и Julian Silverman представили доказательство, которое имело тенденцию примирить достаточно противоречивые наблюдения, описанные ранее. Их изучение предположило что центральная нервная система шизофренических индивидов, несмотря на гиперсенситивность, обладает механизмом контролирующим интенсивность испытываемой стимуляции. Как результат компенсаторных приспособлений, которая защищает его от стимуляции высокой интенсивности, возрастание интенсивности внешней стимуляции связано с редукцией в испытываемой интенсивности входа.

временно уступают несколькими подходящими словами, которые лучше произносить в период, когда ему требуется коммуникация. На интенсивность сопротивления можно более легко воздействовать когда аналитик ограничивает и время своих коммуникаций изложенным выше образом.

Развитие ситуации, когда кто-то пытается работать с сопротивлением посредством больших доз коммуникаций с короткими интервалами - обычная процедура в других случаях - показано на следующей диаграмме:

(Сопротивление) встретило (от10 до 100 единиц коммуникации) → Чрезмерный сенсорный вход и не- адекватный моторный выход

(Интенсификация сопротивления и регрессия слишком сильны для того чтобы разрешить их в течение сессии)

Ситуация, изображённая выше, особенно нежелательна в условиях экстрамурального лечения шизофрении и кроме того, на мой взгляд, явилась причиной многих неудач, которые описывали такое лечение, Опасность возникновения острого психотического эпизода у пациента, получающего амбулаторное лечение, обычно повышается когда он подвергается "перекармливанию". Слишком большая коммуникация создаёт намного большее возбуждение, первично экзогенное, чем пациент может разгрузить соответственно. Эта ситуация предотвращается уважением его потребности развивать и работать посредством нарциссического трансфера в состоянии умеренного фрустрационного напряжения,

Аналитические терапевты, которые приравнивают классический подход к пассивности и приученные к мысли что это является неподходящим для шизофренического пациента, чаще способны превосходить ранг от 2 до 5 единиц коммуникации, чем действовать ниже этого ранга. Тем не менее, можно отклониться к другой крайности; время от времени встречаются неудачи связанные с вербальным голодом":

(Сопротивление) встретило (От 0 до2 единиц коммуникации) → (Чрезмерное эндогенное возбуждение и неадекватный моторный выход)

(Интенсификация сопротивления и регрессия слишком сильны для того чтобы разрешить их в течение сессии)

Слишком маленькая коммуникация является такой же вредной, как и слишком большая, и так же сопровождается относительно неадекватным моторным выходом.

Сопротивление проистекающее из нарциссической защиты может быть разрешено без лишних трудностей когда аналитик постоянно ограничивает себя

малыми дозами коммуникации с длинными интервалами. После того как нарциссический трансфер развернётся, а пациент начнёт более характерно относиться к аналитику как к отдельному объекту, у него появится большая способность вербализовывать свои чувства. В течение переходной фазы дозы коммуникации постепенно увеличиваются, а интервалы между ними сокращаются.

Развитие объектного трансфера обычно означает что реорганизация и реинтеграция энергетической системы пациента достигли точки, где он может ответить соответственно на большее количество вербальной пищи. Тем не менее, воздействие от 10 до I00 единиц коммуникации реактивирует старые резистивные паттерны, и пациент, при случае, возвращается к нарциссической защите. В такой ситуации желательно ограничить чьи-либо коммуникации первоначальным уровнем от 2 до 5 единиц .Колебания между умеренными и минимальными коммуникативными дозами составляет главное отступление от классического подхода после того как нарциссический трансфер полностью развернулся.

А. СТАДИЯ НАРЦИССИЧЕСКОГО ТРАНСФЕРА

(Сопротивление) встретило	(от 2 до 5 единиц коммуникации, с постепенным расширением этого ранга, соответственно)	→ (Разрешение сопротивления)

Б. СТАДИЯ ОБЪЕКТНОГО ТРАНСФЕРА

(Сопротивление) встретило	(от 10 до 100 единиц коммуникации, с редукцией до уровня от 2 до 5 единиц в состояниях трансферных осцилляций)	→ (Разрешение сопротивления)

Обсуждаемые здесь принципы проливают некоторый свет на то, что происходит в нервной системе пациента на протяжении психотерапевтического процесса. Они предполагают, что коммуникации аналитика предназначены помочь пациенту ангажироваться в соответствующей вербальной разрядке до тех пор, пока он не откажется от старых паттернов разрядки и не сформирует новые. Эта тройная задача возлагает огромные требования на пациента, требования, которые вызывают реорганизацию и реинтеграцию его нервной системы. В той степени, в которой аналитик оказывается способным отвечать в подходящее время, с подходящей дозой соответствующей человеческой коммуникации, он вносит свой вклад в успех этого огромного предприятия.

ГЛАВА 5
ОТ РУДИМЕНТАРНЫХ К КООПЕРАТИВНЫМ ОТНОШЕНИЯМ

Решения принять пациента и определённым образом начать его лечение находятся под влиянием одной из преконцепций из разряда лечебного альянса, которая должна наиболее быстро привести к желаемым результатам. Чем глубже проблемы пациента, тем труднее навязать ему способ отношений, который используется обычно. Структурирование отношений с шизофреническим пациентом редко бывает односторонним процессом. Обе половины структурируют его вместе: пациент – своей бессознательной оппозицией оставить закоренелые паттерны поведения, не менее чем аналитик – своим пониманием такой оппозиции, используемыми им техниками и контрактными соглашениями, под которыми он работает, чтобы обеспечить и стабилизировать изменение.

Однако, патологически нарциссический индивид редко бывает заинтересован в изменениях, когда он рассматривает процесс лечения. То, чего он хочет изначально – и немедленно – так это освобождения от своих эмоциональных страданий. Он, вероятно, чувствует что сможет вложить время, деньги и силы чтобы доказать что он неизлечим. Период, от его первого требования условленной встречи до завершения соглашений для начала лечения, является коротким промежутком времени, который требуется для того, чтобы он полностью доверил себя работе, с целью достичь реального изменения. То, как ему ответят, когда он сделает первые шаги к вовлечению себя в аналитическую ситуацию, имеет огромное значение для обеспечения возможного соглашения. Предварительная фаза, проведённая совместно, обмен информацией и принятие решения скорее направляются основным планом лечения, чем настоящим, рассматриваемым как предшествующий период.

Как только предполагаемый пациент достаточно мобилизует себя чтобы исследовать возможность, которой ему можно будет помочь "чувствовать лучше", начинает действовать принцип, который предоставляет ему следующий удобный случай сопротивляться лечению. Обычно он находится под бессознательным убеждением, что он является "ненужным ребёнком", каким он вполне может быть. Он переступает порог офиса настроенный против ожидания настойчивого расспроса и обидного осмотра. Вместо ожидаемого им отвержения его, недостойного времени и участия, ему выражают отношение, что он приятен – это только лишь терапевт чувствует себя неадекватным работать с ним в таком сеттинге. Другими словами внимание перемещается от эго пациента к объекту для того чтобы превратить исследовательские дискуссии в терапевтический опыт.

Индивид, который таким образом "скрывается в" лечении, может иметь любую форму шизофрении, Он может описывать галлюцинации, кататонические эпизоды, быть тяжёлым гебефреником, демонстрировать параноидные тенденции или смешанные симптомы. Степень дефектности не принимается во внимание. Предполагается, что он достаточно хорошо ориентируется в реальности для того, чтобы знать своё имя и окружение, а также как попасть в офис, к назначенному времени и обратно домой. Амбулаторное лечение не будет абсолютно излишним, если его состояние не удовлетворяет всем этим критериям; в исключительных случаях родственник или больничный провожатый некоторое время могут сопровождать пациента в офис. Тем не менее, приближение его неконтролируемого психотического поведения гораздо труднее лечить вне стен специального учреждения.

Достаточно хорошее физическое здоровье и способность к психологическим изменениям, при относительно быстрой их оценке, являются другими важными пожеланиями. Рассматривая какую-либо кандидатуру, страдающую серьёзным органическим заболеванием, таким как коронарная недостаточность, необходимо учитывать, что она может подвергнуться большей эмоциональной нагрузке и срывам, чем .это желательно для неё. Поскольку гибкость личности не всегда равна её хронологическому возрасту, это оценивается в индивидуальном порядке. Умственные способности вызывают меньше разногласий, так как лечение первично ведётся как эмоциональней процесс.

Отбор в какой-то степени регулируется индивидуальными предпочтениями терапевта. Обычно люди, с которыми он может работать с большим комфортом , являются теми людьми, с которыми он достигает наиболее благоприятных результатов. Каковы бы ни были его персональные предпочтения, он часто находит уникальным вызовом работая с пациентом позднего подросткового или юношеского возраста. В это время, когда жизненные проблемы ждут своего разрешения, а факторы, вызвавшие расстройство, не столь отдалены, огромное усилие, затраченное на реверсию шизофренической реакции, кажется особенно оправданным. Мощное побуждение взяться за лечение действует когда кто-либо конфронтирует с юным пациентом, чей потенциал креативности или социальных достижений изменён тяжёлой психопатологией.

Ранние взгляды на анализандов: их пригодность, доступность, подготовленность для аналитической работы, сила эго и симпатия – характеристики, которые оказались неясными и доступными произвольному толкованию – содержатся, насколько возможно объективно, в современных формулировках терапевтического альянса и концепции рабочего альянса Ralpf`a R. Greenson`a. Эти новые подходы к ситуационным аспектам лечебных отношений отражают значительный прогресс в понимании вопросов, которые стандарт психоаналитической терапии возлагает на каждого партнёра. Специфическим вкладом пациента в успешный результат лечения, как его концептуализирует Greenson, является способность работать целенаправленно, сосредоточившись на своих проблемах, чтобы соединить своё "разумное" эго с "анализирующим" эго аналитика[60].

Шизофренический пациент, который в такой степени может сотрудничать на ранней стадии лечения, является исключением. Тем не менее, он становится способным внести такой вклад, если *аналитик возьмёт на себя ответственность* за развитие эффективного альянса с ним. Конечное формирование отношений, в которых пациент систематически занимается самоконтролем и самоанализом, и его способность поддерживать их являются главным показателем прогресса в лечении.

Цитируя далее Greenson`a , важными компонентами рабочего альянса являются трансферные реакции, исходящие из "разумной и целеустремленной части" чувств пациента к аналитику. Поскольку такие реакции смешиваются с более регрессивными и несоответствующими им реакциями, различие между трансферным неврозом и рабочим альянсом не абсолютно. В теории же эти два феномена являются параллельными и "противоположными качествами", заслуживающими одинакового внимания. "Формирующий потенциал" пациента и способность

поддерживать "прочный" рабочий альянс являются неотъемлемой частью психоаналитической терапии.

Комментируя группу случаев, приведенную им лично и другими аналитиками, которые не были постигнуты за предварительную стадию или казались бесконечными, Greenson относит терапевтический тупик к "*неспособности пациента* развивать прочные рабочие отношения с аналитиком". Наблюдение, что у классических аналитических пациентов рабочий альянс "развивается почти незаметно, относительно тихо и кажется независимым от любой специальной активности" со стороны аналитика, укрепляет впечатление что ответственность за отсутствие хороших рабочих отношении лежит исключительно на пациенте. Клинические иллюстрации аналитической работы Greenson`a решительно доказывают, что для установления альянса были взяты "неправильные" случаи, а "специальная" активность ,очевидно, ограничилась в первые шесть месяцев лечения.

С другой стороны, аналитическая работа, требующая создания хорошего рабочего альянса с патологически нарциссическим пациентом, скорее рассматривается как регулярная активность, чем ограниченная "рискованная" операция. Почти всегда, когда он начинает лечение, кто-либо замечает что его способность ангажировать себя в нём соответственно является ограниченной в основном или особом поле функционирования. Терапевт, пока не найдёт что может работать с таким пациентом амбулаторно, воспринимает любое вложение, которое пациент способен внести, и систематически работает, чтобы трансформировать изначально рудиментарные отношения в кооперативные – установившийся рабочий альянс,

Философский подход к такой задаче упрощается и интегрируется с основной теорией лечения. Начальное интервью, контракт, установившаяся лечебная рутина, а также дополнительные приёмы и правила, введённые позднее, полностью концептуализированы с терминах работы с сопротивлением. Для того чтобы описать формирование рабочего альянса и его основную природу при лечении шизофрении, я должен кое-что внести в обсуждаемый предмет последующих глав.

НАЧАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Когда будущий пациент пытается определить наличие услуг аналитика, он часто наводит справки у членов своей семьи или у коллег, которые также могут передавать просьбу о встрече. Кроме того можно допустить что кандидат на лечение сделает это сам. Перед первым визитом желательно проконтактировать с ним непосредственно; к тому же, у назначенной встречи, о которой договариваются лично, больше шансов состояться. Его спрашивают, когда он хотел бы приходить и предоставляют то время, которое имеется в распоряжении. Если его нет, и пациент говорит что не может приходить к другому предложенному времени, ему снова предлагают назвать удобное для него время. Перед твердо установленной встречей, уже обговоренной и оплаченной, он может колебаться достаточно продолжительный период между интенсивным желанием освободиться от своего страдания и бессознательной потребностью защитить себя от предвкушаемого стресса аналитический ситуации.

Если по каким-либо причинам он окажется неадекватным заключить соглашение на собственное лечение, не будет возражений на участие других в предварительной встрече, если кандидат согласится с этим. Тем не менее более оптимальным будет когда он придёт один и согласится предпринять лечение по своей собственной воле. Чувство существа, втиснутого в лечение, в сочетании с сознательной волей, которая борется с этим , может создавать значительные препятствия.

Юноша, который проходил анализ по требованию своего отца, перестал ходить после пятой сессии, объяснив своё отношение: мой отец заставляет меня ходить, а я не хочу ходить. Его информировали, что было бы лучше, если бы он не лечился против своего собственного желания. После того, как он стал осознавать что я имел в виду, он возобновил лечение. Трансформация начального отношения, которая сделала возможным формирование взаимоотношений, привела к следующему результату: мой отец не заставляет меня ходить, я сам этого хочу [106].

Принятие характерно колеблющегося отношения, которое кандидат на лечение сообщает вербально и невербально в течение первого визита, помогает ему выражать себя более свободно. Это также помогает интервьюеру поставить предварительный диагноз, собрать короткий семейный анамнез, предвидеть различные препятствия к изменению, которые могут возникнуть при лечении, и решить, захочет ли он работать с ними и сможет ли делать это столь же эффективно. В некоторых случаях, когда трудно принять решение, аналитик может оказать лёгкое давление для раскрытия. Тем не менее, когда лечебные отношения находятся в стадии рассмотрения, он задаёт меньше вопросов, чем когда он функционирует в чисто консультативной манере, демонстрируя готовность воспринимать фактическую информацию, предоставляемую без особого рвения, чтобы получить то, о чём вообще умалчивается.

Добровольное раскрытие начала болезни и появления симптомов усиливает диагностическое впечатление, но не является главным. Интервьюер первично имеет дело с функционированием будущего пациента в его первом контакте лицом к лицу, особенно со стрессом и девиациями в поведении, которые становятся очевидными. Они обычно обеспечивают достаточное количество информации для того, чтобы начать лечение. Совсем не обязательно видеть чёткие симптомы шизофрении. В любом случае, когда девиации прорабатываются, как только они начинают мешать кооперативному функционированию в отношениях, наблюдаются успешные изменения в клинической картине.

Только клиническое наблюдение обычно удовлетворяет непосредственную потребность опытного терапевта, обеспечивая достаточное количество информации о природе эмоциональных проблем, для того чтобы начать лечение. Дополнительные диагностические процедуры редко требуются для этой цели. Психологические тесты не используются обычным способом потому, что они часто являются причиной психического повреждения у патологически нарциссических индивидов. Потенциально негативные эффекты таких тестов перевешивают их возможную ценность у терапевтов, которые используют их для научных целей, постепенного оценивания прогресса и т.п. Изредка, отдельные содружества или узаконенные соображения предписывают необходимость психологического

тестирования, или же пациенты могут подвергнуться ему по причинам не относящимся к лечению. Однако аналитик сдерживает себя от рекомендаций диагностических процедур которые неприятны пациенту, особенно когда они не существенны.

Любые предположения о том что эмоциональные проблемы могут относиться к органическому нарушению заставляют интервьюера потребовать заключений от медицинских специалистов. Во время терапии такая политика распространяется на все физические жалобы. Иногда периодические медицинские обследования рекомендуются пациентам даже тогда, когда они кажутся абсолютно здоровыми физически,

Сбор анамнеза не рассматривается как рутинная процедура. Когда его проводят обьект-ориентированным способом, он имеет особое значение, помогая чрезмерно самопогружённому пациенту сообщать свои впечатления о других людях. Желательно получить информацию о родителях отца и матери пациента, самих родителях и его сиблингах. Их профессия, семейное положение, также как их возраст и причина смерти содержат ключи к семейным паттернам болезни и к детскому опыту самого субъекта. У того, кто имеет свою семью, можно также поинтересоваться о членах его непосредственной семьи.

Идентичность личности, которая направила пациента к аналитику и смысл направления могут иметь определённое значение для лечения. Эти субъекты обсуждаются если кандидат этого хочет.

Он может попросить информацию о природе своей болезни. Такая просьба требует благоразумного обращения. Открытое объяснение психопатологии во время предварительного интервью может вызвать тяжёлое нарциссическое повреждение. Шизофренический индивид испытывает его как атаку на свою личность кем-либо, кто говорит другим языком, не нравится ему и не понимает его. Лучше более непосредственно охарактеризовать состояние нетехническими терминами, чем приклеивать ему диагностический ярлык, или, если возможно, задать контрвопрос, чтобы стимулировать будущего пациента дать своё собственное впечатление о его проблемах.

Почему он хочет лечиться? По поводу каких проблем он ищет помощи? Подобные вопросы являются лишь немногим из того что я нашёл продуктивным спрашивать во время предварительного контакта. Любые ответы даваемые кандидатом позволяют изучить его отношение к лечению и оценить его готовность и способность работать в обоюдно приемлемых терминах.

Любые попытки получить информацию о терапевте обычно исследуются. Профессиональные или личностные раскрытия, даже если они совершаются для того чтобы просто успокоить будущего пациента, почти постоянно интерпретируются им как доказательство профессиональной некомпетентности. Следовательно, лучше пусть его собственные чувства неуверенности и нежелания начинать лечение усилятся, чем будут облегчены.

Желательно не предоставлять информацию о продолжительности, эмоциональных столкновениях, трудностях, или ожидаемых результатах лечения. Противопоказаны обещания, ясные или подразумеваемые, успешного результата. Заверения такого рода имеют разные последствия, которые трудно предсказать во

время первой встречи. Например, негативно настроенная личность, находясь под бессознательной установкой, может пытаться любой ценой обмануть и поразить аналитика; такие намерения могут усиливаться предложением выздоровления. Прежде чем ответить на специфический вопрос о том, что повлечёт за собой лечение, этот вопрос тщательно исследуется с пациентом до тех пор, пока его бессознательное значение не станет полностью понятным.

Если интервьюер решит, что аналитическая психотерапия, провидимая с учётом возможностей его собственного руководства, сможет помочь такому индивиду разрешить его базовую эмоциональную проблему, и что они смогут работать вместе под обоюдно удовлетворяющими соглашениями, обсуждаются сроки лечения. В теории, предварительное интервью заканчивается, когда контракт – вербальное соглашение – оказывается заключенным. В одном из моих случаев интервью вызвало семь визитов. Хотя редко когда требуется более двух, для большинства моих пациентов действие контракта началось уже во время первого визита,

ЛЕЧЕБНЫЙ КОНТРАКТ

Контракт с шизофреническим патентом существенно не отличается от психоаналитических контрактов с другими пациентами, однако имеются кое-какие отличия в формулировке и выполнении.

Контракт является предварительным в том смысле, что отношения устанавливаются на экспериментальной основе для того чтобы проверить способность аналитика продуктивно работать с пациентом. Испытательный период обычно продолжается около шести недель. Неформальное объявление делается, когда он заканчивается, если только терапевт решит не продолжать. В таком случае пациенту можно будет сказать, что аналитик не надеется что сможет быть полезным.

Пациент может оставить лечение в любое время. Ему помогают продлить его на два года- минимальная продолжительность для того чтобы произошло значимое изменение. Если он захочет прекратить отношения в это время, ему можно будет предоставить право вернуться позднее, если он пожелает достичь дальнейшего прогресса. Конечная продолжительность лечения зависит от обоюдной готовности сторон работать вместе. Хотя для эффективной реверсии шизофренической реакции требуется как минимум пять лет, лечение может продолжаться и больший период. Тем не менее, до тех пор, пока они оба не признают, что соответственно стоящий прогресс не может быть достигнут и не почувствуют, что оно должно быть продолжено, рекомендуется прекратить отношения.

Контракт определяет целенаправленное участие в терминах того, что может разумно ожидать пациент на эмоциональном уровне, на котором он начинает лечение. Только в том случае, если он соглашается вербально участвовать в такой степени, аналитик берёт на себя всю ответственности за лечебный процесс. Он может это сказать тогда, когда пациент функционирует кооперативно и наказывает себя за свою несостоятельность стать лучше; однако, обычно терапевт привносит эту мысль скрытно, посредством своего отношения.

Пациент с более серьезными нарушениями соглашается удовлетворить основные требования частнопрактикующего терапевта: приходить в офис к назначенным часам, ложиться на кушетку, говорить и платить за лечение. Обсуждением пациента этих критериев для кооперативного функционирования контракт открывает рудиментарные отношения совместному признанию и исследованию трудностей, которые стоят за этими четырьмя требованиями. Недостаточная работа с такими ляпсусами может подвергнуть опасности успех лечения.

Из этих трёх пунктов, которые должны выполняться в сессиях, говорение является наиболее важным. В общем, чем тяжелее болезнь, тем мощнее оппозиция к вербальной коммуникации. Пациента не просят говорить обо всем, что приходит ему в голову. Его инструктируют – приказывают, фактически – просто говорить, а мысль, сообщаемая ему, заключается в том, что он может говорить о чем угодно[10]. Это *первый шаг* в обучении его свободным ассоциациям.

Точная посещаемость и приверженность кушетке являются менее важными сами по себе, чем их соответственные вклады в вербальную коммуникацию. Очевидно, что время, доступное для разговора, уменьшается если пациент пропускает свои сессии или опаздывает на них. Использование кушетки даёт ему возможность сообщать обо всём что он думает, чувствует и вспоминает с относительной свободой от окружения и телесной стимуляции. Он находится в наиболее благоприятном физическом и психологическом состоянии, для того чтобы вербализовывать свои непосредственные интрапсихические переживания, когда он лежит на кушетке в расслабленном положении, с неперекрещенными ногами и руками. К тому же , нельзя пренебрегать фактором безопасности, когда воздействуют на препятствия к разрядке фрустрационной агрессии. Терапевт может предостеречь себя от любой опасности деструктивного поведения пациента, когда он видит изменения его позиции на кушетке.

Определяя кооперативное функционирование в этих терминах, аналитик, в сущности, предлагает пациенту испытать внутренне активное состояние, которое связано с фазами быстрых движений глаз (REM) сна, когда имеет место наибольшее количество сновидений. Суммируя научные доказательства "буйства в центральной нервной системе" в течение, REM сна, д-р. William C. Dement характеризует его как существенно отличающийся от других периодов сонного цикла и от бодрствующего состояния. Лабораторные изучения показали, что во время сновидения "мозг, по большинству показателей, является более активным, чем когда он бодрствует". Его периодические сдвиги долгое время не признавались, предполагает Dement, потому что "во время REM сна специальный механизм ингибирует или блокирует эффект центральной разрядки на моторные нейроны, так что тело не двигается... . Мы можем заключить, что мозг выражают не только глаза, но и тело, что происходит во время сновидения. Вероятно, наша счастье заключается в том, что мускулы не могут подчиняться " [19].

[10] Недавно я заручился помощью ответственного члена семьи пациента в его обучении, либо перед началом лечения, либо в его рудиментарной стадии, ложиться на кушетку дома и говорить в течение 50 минут. Родственник был проинструктирован внимательно слушать пока пациент говорит и только вставлять короткий вопрос или два, о внешней реальности, когда он молчит. Он обнаружил что такая аналитическая процедура облегчает некоторым пациентам с тяжёлыми расстройствами лечение на аналитической кушетке.

Единственным "специальным механизмом", имеющимся в распоряжении аналитика для воздействия на шизофренического пациента, чтобы отказаться от моторной активности и разряжать его психологическую энергию в вербальную активность является, в порядке регулярного исполнения, приведение его тела в состоянии покоя и говорение. Это все равно что просить его вести себя подобно ребёнку, спокойно лепечущему в своей кроватке. Любой растущей личности трудно ангажироваться таким образом, когда она начинает лечение. Шизофренический пациент специально борется против переживания и перевода своих примитивных чувств в вербальные символы. Чтобы помочь ему ослабить его патологические защиты, распоряжения повторяются насколько это необходимо. Аналитик не диктует в абсолютном смысле слова; он является, в сущности *стратегическим* наставником, который воздействует способом, необходимым для того чтобы облегчить коммуникацию.

В результате, пациент узнаёт – обычно к своему удивлению - что его нарушения пунктов соглашения не рассматриваются как основания для прекращения лечения. Оно продолжается до тех пор, пока он предпринимает всякое сознательное усилие чтобы функционировать в духе соглашения и позволяет аналитику помогать ему отказываться от саморазрушающего поведения.

Относительно небольшие ляпсусы, такие как нечастые опоздания на сессию менее чем на десять минут, не расцениваются как некооперативное поведение в рудиментарных отношениях. Погрешности в выполнении, которые совершаются впервые, являются тем, что существенно превышает нормальный ранг отклонений.

Патологические, часто ритуалистические отступления от пунктов контракта, такие как крайнее затягивание сессий или повторяемое потворство в некоторых формах эксплозивного поведения исследуются с пациентом. Более фиксированные паттерны требуют большей помощи для того чтобы он отказался от них.

Темп, в котором он обучается отказываться от них, регулируется его непосредственной способностью кооперироваться. Пациент, например, может поздно приходить или раньше уходить, однако его заставляют признать самодепривирующую природу такого поведения, потому что установлена стандартная продолжительность сессий и потерянное время не использовалось. Когда он отсутствует по неизвестной причине, чтобы затем появиться в пределах первой четверти часа сессии, аналитик звонит ему по телефону, помогая таким образом кооперироваться.

Пациент скорее может открыто не повиноваться или протестовать, чем подчиняться правилам контракта. Когда он так поступает , его учат что желательны *вербальный* протест или неповиновение, а протестное или вызывающее *поведение* - нежелательны.

Основной принцип помощи пациенту, которая заключается в первую очередь в том, чтобы спокойно участвовать в специфическом контексте любых обязательств, которые он только что взял на себя, лежит в основе всего тренингового процесса. Таким образом контракт служит кардинальным фактором в принятии, исследовании и понимании ограниченной способности пациента участвовать, и в редукции основных препятствий к более адекватному участию в лечении.

ЧАСТОТА СЕССИЙ

Характерно, что лечение шизофренического индивида начинается с незначительной интенсивности. Его можно проводить в однообразном темпе до тех пор, пока этого темпа станет недостаточно или он будет варьироваться на различных стадиях. В дальнейшем лечении изменения в частоте регулярных сессий почти неизменно вычерчивают увеличение кривой интенсивности. Просьбы о дополнительных сессиях удовлетворяются в любой период, когда терапевт считает что они будут служить дальнейшим терапевтическим потребностям.

Когда контракт заключен, у пациента спрашивают как часто *он* хочет приходить в офис, и сколько *он* хочет платить за каждую сессию. Если упоминаемая им сумма оказывается ниже минимального гонорара терапевта, можно будет обсудить его экономическую ситуацию. Первоначально, тем не менее, частоту сессий устанавливают исходя из количества времени и усилий которые пациент желает посвятить лечению и мнения терапевта по поводу оптимальной интенсивности контакта. Установленное для лечения расписание будет идеальным, если желания и мнение совпадут,

Обычно они договариваются. Ища облегчения от страдания и мешающих симптомов, пациент не особенно заинтересован приходить в офис более одного или двух раз в неделю. Исключительной личностью будет тот, кто выражает желание заниматься более интенсивно, показывая своей посещаемостью рекорд, в течение первого года, или тот, кто реально не расположен приходить более одного раза в неделю. Его интерес в работе над своими проблемами то увеличивается, то уменьшается до тех пор, пока страдание не перестанет проявляться или не станет более выносимым. С другой стороны, аналитик признаёт, что могут возникнуть серьёзные препятствия к формированию кооперативных взаимоотношений, если лечение будет проводиться в быстром темпе. Оно может стать слишком обременительным для пациента или, если он чувствует никчемность и отсутствие помощи, он может развить сильное чувство вины из-за большего количества затраченного времени, чем он имеет на это право. Эти и другие реакции могут вызывать непреодолимое желание оставить лечение,

Если только не существует какой- либо причины, заставляющей пациента подумать о более частых встречах, моя собственная практика показала что начинать лечение лучше с частотой одна сессия в неделю , и, в течение первых нескольких месяцев, исследовать оптимальный темп ведения случая. Если же становится очевидным, что одна сессия в неделю не обеспечивает достаточного контакта, у пациента спрашивают его мнение об этом. Если он хочет получить психологическую помощь на ускоренной основе и чувствует что получит пользу от неё, расписание соответственно пересматривается. Как правило, однако, показанными являются на более чем две сессии в неделю, по крайней мере до тех пор, пока реальное желание развиваться и эмоционально созревать в аналитической ситуации не превзойдет потребность в непосредственном облегчении (от страдания-прим. перев.).

Иными словами для того чтобы предохранить пациента от аккумулирования большего количества фрустрационной агрессии, чем он может вербализовать в формирующей стадии отношений, аналитик пытается обеспечить доставляющий удовольствие лечебный опыт. Пока первичный интерес пациента заключается в

облегчении представленных им проблем, предпочтительно чтобы его жертвы временем, усилиями и деньгами впечатляли его как соотнесённые с прогрессом, тогда он чувствует что стремится к тому чтобы "чувствовать (себя - прим.перев.) лучше прямо сейчас". Тем на менее это вызывает мысль о том, что слишком частые сессии могут обременять аналитика, если пациенту трудно работать так хорошо, как он мог бы. Предварительное интервью может не быть точным отражением продолжительности времени и количества усилий, которые должны быть затрачены для обучения его кооперативному функционированию в сессиях.

Много лет назад я лечил патологически нарциссического мужчину в постпсихотическом состоянии. Во время предварительного визита он выражал огромное рвение высказать свои эмоциональные проблемы. Он полностью подчинялся другим положениям вербального соглашения. Однако, психическая дезорганизация, наступившая посла нескольких серий электрошоковой терапии, которой он подвергся несколькими годами ранее, сделала его фактически неспособным выражать себя связно в течение первого года психотерапии. Ему помогали говорить о его рутинной активности, такой как его завтрак или дорога в офис в тот день, а его потребность в продолжительных периодах молчания принималась во внимание. Даже в продолжение второго года лечения имели место случаи, когда он был слишком смущён или обеспокоен своими беспорядочными мыслями для чтобы составить предложение. Я разговаривал с ним о текущих событиях, книгах и театре. Прошло два года, прежде чем он начал больше говорить и эффективно обращать себя к своим фундаментальным эмоциональным проблемам.

Трудности, неожиданно возникающие из-за физического препятствия, встречаются редко; однако психические препятствия к формированию кооперативных взаимоотношений характерно требуют огромного терпения, устойчивости к фрустрации и "быть нянькой" от целеустремлённого терапевта. Если он начинает терапию интенсивно, но без рвения достичь прогресса как можно быстрее, он обычно наблюдает что шизофренический пациент склонен использовать время неконструктивно Он может застрять на одной мысли или чувстве, или впасть в молчание потому что ему "нечего" сообщать. Невротик способен предпринимать попытку говорить даже если у него нет необходимости это делать. У потенциально психотического пациента подобная попытка может вызвать большее напряжение чем это желательно для него, прежде чем он станет способен вербализовать свои непосредственные реакции в аналитической ситуации.

В отличие от принуждения *не* говорить - контрсилы к коммуникации, редукция которой является сущностью аналитического процесса – на то чтобы заставить его говорить воздействуют частотой сессий. Время, ограниченное контрактом, кажется слишком ценным чтобы его терять, когда потребности пациента в нём несколько больше того что он получает; а когда он испытывает большее давление говорить, расширяется ряд тем, которые он скрывает. С точки зрения конструктивного использования его времени, желательно чтобы от одной сессии до другой у него появлялось лёгкое нетерпение вернуться в офис. Оптимальная интенсивность может быть приравнена к такому интервалу между сессиями, который держал бы пациента умеренно "голодным" к тому чтобы возобновлять его коммуникации с аналитиком.

На любой стадии взаимоотношений голод может становиться более настойчивым, заставляя пациента требовать дополнительных сессий. Относительно интенсивные требования на ранней стадии могут быть связаны с желанием освободиться от тревоги или напряжения. Если пациент "вознаграждается" временем исключительно с такой целью, он, вероятно, будет иметь более тревожные атаки. (Острые или пролонгированные состояния тревоги серьёзно лишают его способности сигнализировать о том, что лечение не проводится должным образом или что он слишком расстроен особым давлением окружающих для того, чтобы подвергнуться ему амбулаторно без лекарств). Поскольку аналитическая психотерапия не является эффективным транквилизатором, дополнительная сессия может не уменьшить его тревогу ощутимо. В таком случае усиливаются протесты пациента к работе для значимых изменений, и он может решить оставить лечение. Этого можно будет избежать, сказав ему что дополнительная сессия, вероятно, подтвердит его разочарование в это время.

Если, с другой стороны, пациент захочет больше времени чтобы исследовать специфическую проблему и проявит склонность к усилению своего понимания её, просьбы о дополнительном времени обычно удовлетворяются. Ему помогают вербализовать его впечатления о проблеме и его собственные мысли о том как её решить. Например, пациент, который пытался вести более удовлетворительную жизнь, уверился в своём открытии что отчуждение от человеческого общения было причиной многих его страданий. Тогда он предпринял огромное усилие чтобы занять себя социально. Выражаясь точнее, после того как пациент прочно укрепился в отношениях, его просьбы о дополнительных сессиях или более интенсивном лечении отражали сильное желание вербализовать неудовлетворённость окружающей ситуацией или улучшить своё текущее функционирование.

Как только патологически нарциссический индивид воспримет информацию и эмоциональный опыт, который поможет ему мобилизовать себя для того чтобы встретить свои собственные психологические потребности, аналитический опыт сам по себе станет более интересным и ценным для него. Когда он приобретает способность более глубоко фокусироваться на своих фундаментальных проблемах, непосредственное избавление от страдания кажется менее значимым чем потенциальные результаты лечения в терминах достижений и осуществлений в жизни В процессе вербализации своих импульсов, чувств, мыслей и воспоминаний, в сессиях, конечно, страдание или психическая боль сами по себе становятся менее острыми, но и пациент также испытывает пользу и созревающие эффекты от аналитического монолога и диалога. Он хочет посвящать им больше времени.

Нужно указать, что интервалы между сессиями не оказывают заметного влияния на продолжительность лечения. Независимо от того, проводится ли оно с высокой частотой сессий или низкой, созревание шизофренической личности, как я уже указывал, требует, как минимум, пяти лет аналитической психотерапии. Другими словами её поддерживающая польза - *терапевтически* эффективная – первично не зависит от частоты сессий. Я заметил, что при других равных условиях, лечение с большими интервалами между сессиями приводило к результатам, которые были сходными с теми, что достигались при частоте четыре и более раз в неделю.

Тем не менее, по разным причинам частота сессий имеет тенденцию увеличиваться на средней и поздней стадиях лечения. Первоначальные тревоги и страхи пациента по этому поводу утихают. Он получает безопасность и уверенность от , ставшей теперь привычной, аналитической ситуации, Его часто впечатляет общее улучшение в его функционировании и, если его финансовый статус улучшается соответственно, он может рассматривать дополнительные затраты как резонные и заслуживающие внимания. То, что пациент первично получает от более интенсивного лечения, увеличивает свободу в управлении его жизненными делами и даёт чувство что он "всегда находится на вершине событий", как выразил это один мужчина.

ФИНАНСОВЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Предохранение денежных ресурсов пациента и прогрессивное увеличение его финансовой мощности может иметь непосредственное отношение к результату лечения. Желательно чтобы он был богаче к концу лечения, чем к его началу.

Единственным способом защиты непосредственных финансовых затруднений от "порчи" климата трансфера и контртрансфера является обсуждение взаимно соответствующего гонорара - такого , который не вызывает чрезмерной нужды у пациента или значительной жертвы от аналитика. Непреодолимые препятствия к лечению могут возникнуть если установленная сумма истощает ресурсы пациента или составляет слишком большую часть от его текущего заработка. С его точки зрения идеальным гонораром является тот, который он может регулярно платить из своего заработка. Для аналитика гонорар должен создавать умеренную мотивацию: быть не слишком низким, чтобы он не чувствовал, что отдаёт свои услуги даром, ни слишком высоким, чтобы он не чувствовал себя "кровопийцей" пациента.

Подобные соображения применимы и тогда, когда родственники или друзья платят за лечение. Некоторые индивиды получают определённое удовлетворение от того, что принуждают других нести это финансовое бремя; других очень обижает их зависимость. Независимо от того, является ли проблема одной из производных желаний зависимости или принятия потребности в помощи, эти шизофренические пациенты испытывают растущее желание независимости. В общем, они рассматривают как достижение, когда они могут платить за лечение сами.

Изменения в гонораре, наложенные какой-либо одной стороной, являются нежелательными. Реальные соображения могут оправдывать его увеличение или уменьшение в ходе терапии, однако хорошей идеей будет начать обсуждать предполагаемое изменение заранее, а также помочь ему вербализовать его реакции на него. Когда станет ясно что непреодолимое сопротивление к продолжению лечения не будет мобилизовано предполагаемым переделыванием контракта, изменение производится с согласия пациента.

Когда контракт установлен, пациента информируют, что производить оплату лечения является исключительно его обязанностью. Аналитик объясняет ему чтобы он не представлял письменных документов, и чтобы он давал устные отчеты только когда они будут нужны. Предполагается что пациент будет следить за количеством ежемесячных сессий и представлять правильно оформленные чеки на должную сумму в конце последней сессии месяца. Исполнение этой обязанности, кроме того

что она рассматривается как один из аспектов обучения пациента кооперативному функционированию в отношениях, предполагает множество удобных случаев для того чтобы изучить его способы функционирования. Эго-дефициты устойчивы, однако, чтобы помочь ему перерасти их, они привлекаются к его вниманию как некооперативное поведение.

Шизофренические индивиды, начинающие лечение, часто демонстрирует трудности в управлении деньгами. Одни хотят платить заранее или переплачивать; другие недоплачивают, путают число сессий или представляют датированные более поздним числом, или же ничего не значащие, чеки. Принимается во внимание нормальный ранг отклонений в этих случаях. Тем не менее, когда отклонения пациента устойчивы, такие как совершение одних и тех же ошибок или игнорирование дат из месяца в месяц, такие проявления прорабатываются как сопротивление. Например, с индивидом, практикующим переплачивание, желательно пересмотреть количество сессий за данный месяц, потому что он может пытаться (сознательно или бессознательно) установить была ли допущена ошибка или обратить на неё внимание. Ему обычно помогают вербализовать его мнение о надёжности аналитика.

Иногда пациент представляет себя как совершенно беспомощного в обращении с деньгами. Он может попытаться навязать аналитику роль банкира. Если негодование, превысив имеющиеся ожидания выступить в такой компетенции, повлияет на ход лечения, оно может стать реальным препятствием к его продолжению. Неадекватности пациента в управлении финансовыми взаимодействиями прорабатываются настолько медленно, насколько это необходимо для того, чтобы не допустить чтобы они стали непреодолимыми.

Лечение автоматически не прекращается из-за того, что пациент не может за него платить. Гибкий подход к этому контингенту часто ведёт к обоюдно-выгодным соглашениям, первично основываясь на реальных соображениях. Как каждая ситуация будет регулироваться зависит от отношения пациента. Если он захочет уйти из-за недостатка средств, его сопротивление будет носить финансовый характер до тех пор, пока он не станет способным возобновить оплату, может быть начав работать. Если, с другой стороны, он чувствует что имеет право на такое соображение, прерывание лечебных сессий, по крайней мере на это время, может вполне иметь место.

Сопротивление ежемесячной оплате обычно бывает прочным, потому что личность, которой позволяют влезать в большие долги, может испытывать огромное искушение оставлять отношения с одним аналитиком и начинать снова с другим. Некоторые шизофренические пациенты делают это повторно; оставлять лечение из-за долгов в их манере. Отсюда, как только такая тенденция начнёт проявляться, желательно будет объяснить что если он не сможет оплатить лечение немедленно без уважительной причины, это может привести к прекращению терапии. Пациенту, который говорит что должен отложить оплату на длительный срок, из-за того что он только что вложил несколько тысяч долларов в новый автомобиль, можно будет посоветовать прервать лечение до тех пор, пока у него не появятся деньги чтобы платить за него в обычном порядке. Эти операциональные принципы используются

на ранней стадии лечения, Позднее, овладение каждым повторяющимся паттерном регулируется тем, что происходит в отношениях.

Сессии пропущенные из-за физической болезни обычно не оплачиваются. Личность, которая заранее звонит и сообщает что у неё в этот день температура 38 градусов или выше, инструктируют оставаться в постели. Часто, после того как устанавливаются достаточно прочные отношения, и пациент хочет доказать важность посещения, ему можно предложить осуществить его, взяв такси, а затем вернуться в кровать. Игнорирование совета врача проконсультироваться по поводу серьёзной болезни пресекается. Аналитик высказывает мысль о том что он больше заинтересован в сохранении здоровья пациента, чем в его фиксации в такой момент на лечебном расписании.

Тем не менее, если сессии были пропущены по немедицинским причинам, а врач был оповещён об этом менее чем за 24 часа до этого, они оплачиваются, несмотря на то что время могло быть предоставлено кому-либо ещё. Такой политики твердо придерживаются, особенно когда пациент звонит за 23 часа 59 минут и сообщает что он не может прийти. Непредвиденные случайности и стихийные бедствия не исключаются, хотя дополнительная сессия может быть предложена пациенту бесплатно после того как он вербализует своё негодование по поводу оплаты того времени, которое он пропустил. В том случае если время было заполнено, пациента можно будет информировать об этом в течение его следующей сессии, если его отношение было апологетическим; если же оно было бранным, приятный сюрприз по поводу того, что он не будет платить за сессию может быть отложен до конца месяца чтобы помочь ему выплеснуть его негодование. Ничего не говорится чтобы прервать вербальное высвобождение гнева до тех пор, пока пациент не станет браниться только ради забавы от этого.

Поскольку лечение продолжается, правила по оплате пропусков могут быть изменены. Чтобы обескуражить любые тенденции бранить привилегии, пациенту можно сказать что он должен оплачивать все пропуски по немедицинским причинам. Тем не менее, позднее он узнает, что если его время занимается другим пациентом, то он не оплачивает его. Пациент таким образом начинает понимать что, хотя аналитик представляет себя догматически, он всё же ведёт себя разумно.

ДРУГИЕ ПРАКТИКИ

Обсуждение соглашений и практик, не предусмотренных лечебным контрактом, обычно откладывается до тех пор, пока пациент специально не спросит о них, или пока исследование той или иной реакции не будет служить непосредственной терапевтической цели.

Желательно помочь пациенту начать вербализовать его чувства о любом существенном перерыве в лечении за несколько недель до него. Для серьёзно больной личности может оказаться сложным вынести перерыв на отпуск, особенно во время первого года лечения. Хорошо перед таким перерывом спросить пациента что он думает о том чтобы поддерживать связь с аналитиком посредством телефона или почты. У него также спрашивают нужен ли ему будет другой терапевт, с которым он мог бы разговаривать в течение этого периода. Главное, не заставлять пациентов брать их собственный отпуск в тот же самый период (или платить за пропущенные сессии когда он не совпадает с отпуском аналитика). Тем не менее, тех, кто имеет возможность выбора отпускного времени, можно спросить заранее почему бы им не взять его в то же самое время. Позднее, принудительно уступчивого или открыто неповинующегося индивида можно будет спросить почему он не взял его в другое время.

В начале лечения индивиду с тяжёлыми нарушениями необходимо знать что он может связаться с аналитиком между сессиями. Первое время, когда он спрашивает может ли он звонить по телефону, ему задают вопрос: "Почему нет?". Знание того что он может звонить в любое время является эго-усиливающим и, кроме того, снижающим побуждение негативно настроенной личности делать это. Когда мысль о том, что аналитик будет принимать их звонки высказана, многие пациенты начинают злоупотреблять этой привилегией. Тех кто так поступает обучают пользоваться ей более разумно. Женщина, которая практиковала телефонные звонки через каждые несколько часов днём и ночью, была проинструктирована не звонить ни при каких обстоятельствах. После выражения своего негодования она сказала, что запрещение помогло ей контролировать её импульсы звонить.

На письма от пациента, во время отпускного периода, отвечают как можно быстрее, до наступления ближайшей сессии[11]. Факт что личность не звонит или не пишет иногда может обсуждаться в его сессиях.

В начале лечения пациенту предлагают чтобы он отказался от осуществления необратимых решений в своих жизненных делах, поставив на рассмотрение потенциально беспокоящую идею до того как он будет конфронтирован необходимостью заняться её воплощением. Позднее, если такое решение конфронтируется им, ситуация исследуется вместе с пациентом таким образом,

---

[11] Письмо может содержать не более одного или двух листов, на которых пациент может спонтанно написать некоторые мысли и чувства, которые пришли к нему после лечебной сессии. Такая практика рекомендуется. Благоприятная возможность продолжить цепочку ассоциаций с помощью письменного инструмента является тем, от чего некоторые шизофренические пациенты получают огромную терапевтическую пользу. "Записывание моих идей открывает мне такие мысли и чувства, которые не приходят ко мне когда я нахожусь на кушетке", как сказала одна женщина. Могут неожиданно обнаружиться новые поля психологического смысла. "Лечебное письмо" часто содержит продуктивное продолжение ассоциаций к мыслям, уже вербализованным в сессиях. На письма таких пациентов, которые находят это письмо лечебным механизмом, обычно отвечают, вербально или в письменной форме, некоторыми комментариями или вопросами.

чтобы он смог взвесить все за и против, и выразил свое собственное мнение как поступать.

То, что он делает вне офиса является не меньшей заботой аналитика, чем его воздействие на функционирование пациента в сессиях. Мысль, сообщаемая пациенту, заключается в том, что он свободен делать всё то, что он действительно хочет делать вне офиса, пока это не будет препятствовать аналитическому прогрессу.

Терапевт может запретить тот или другой паттерн поведения в сессиях, такой как вставание с кушетки или курение, как предмет терапевтической стратегии. Подобным образом, любое установление ограничений на поведение пациента вне офиса служит как коммуникация в интересах личностного изменения.

В общем, правила формулируются и используются только для того чтобы помочь пациенту вести себя кооперативно во взаимоотношениях. Наказывание его за несостоятельность подчиняться им является технической ошибкой. Чтобы помочь ему создать ощущение самоконтроля, можно проявить твёрдое отношение, однако ритуалистический подход к соглашениям и правилам избегается. Хотя пациент может не осознавать этого факта, каждая практика анализируется в терминах её бессознательного значения для него в непосредственной ситуации, чтобы помочь ему функционировать соответственно с минимальными усилиями.

После двух лет, как минимум, эффективного индивидуального лечения, когда выздоровление от болезни достаточно продвинется, некоторым шизофреническим пациентам, как дополнительная процедура для проработки специфических проблем, рекомендуется аналитический групповой опыт. В комбинации с монологом и диалогом один на один взаимоотношений, "группалог" создаёт мощную силу для изменения. Под его эмоциональным натиском разрешаются многие сопротивления. Особые ценности этой части лечебного опыта описаны в других источниках [103, I04].

КОНТАКТ С СЕМЬЕЙ

Настолько, насколько это возможно, пациенту помогают разрешать внешние препятствия аналитическому прогрессу. Можно посоветовать физически уйти из окружения которое является источником продолжающейся патологической стимуляции, такого как его дом или место работы; однако, модификацию любых, давлений, связанных с семейными отношениями, вначале пытаются производить посредством менее решительных мер. В лечении взрослых, в такой же мере как детей и подростков, тактичное ведение семьи обычно облегчает наступление улучшения у пациента.

Когда лечение началось, отношение членов его семьи предполагает быть кооперативным до тех пор, пока они не проявят другое. С разрешения пациента они могут советоваться с аналитиком всякий раз, когда они этого захотят. Однако, он особенно занимается с родителем или супругом (супругой), чьи реакции на изменение в поведении пациента каким-либо образом затрудняют прогресс лечения. Такие "Backlash" реакции (реакции пробуксовки-прим.перев.) могут мотивировать члена семьи попросить консультацию, или же его можно будет пригласить зайти в офис, если пациент чувствует, что вмешательство аналитика в ситуацию будет

полезным. Кто бы не проявлял инициативу, никакая информация, раскрываемая пациентом в его сессиях, не сообщается членам его семьи без его ведома и разрешения.

Временами участие пациента в обсуждении семейных проблем является желательным, при условии что терапевт может защитить его от эмоциональных конфронтаций, которые могут оказать нежелательное влияние на него на этой стадии терапии. Присутствие пациента также помогает аналитику идентифицировать фокальную точку непосредственного конфликта и способствовать признанию психологических потребностей каждого члена семьи.

Терапевт редко ограничивает себя ответами на вопросы. Прежде всего он заинтересован выяснить почему они задаются и исследовать семейные отношения. Однако, вместо видимого "выкачивания" информации из родственников пациента, врач разрешает им как можно больше говорить. Если он не упрекает их в неподходящих отношениях и воздерживается от усугубления чувства вины, которое они могут испытывать из-за болезни пациента, пагубные домашние давления на его пациента часто могут быть аннулированы.

Несмотря на то, что встречи ориентированы на работу с проблемами пациента и опираются на взаимно согласованные интервалы, что является хорошей политикой, они не могут существенно редуцировать нарушенное равновесие если член семьи, состоящий в интимном контакте с пациентом, страдает от серьёзного эмоционального расстройства. Последний может захотеть начать лечение с тем же самым аналитиком. Существуют различные мнения по поводу одновременной работы с двумя или более членами семьи, и некоторые неопытные терапевты находят это трудным. В таких обстоятельствах может быть предложено лечение кем-либо ещё. Врач, который может предпринять родственное лечение спокойно и умело, поступает достаточно рассудительно, потому что оно обычно приводит к лучшим результатам для каждого пациента.

Семейные консультации продолжаются на протяжении всего лечения.

ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ КОНЦЕПЦЯ КООПЕРАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Когда принципы, управляющие участием пациента в рабочем альянсе, интегрируются с основным планом (лечения-прим.перев.), помогающего ему признавать и перерастать непосредственные препятствия к интрапсихическому изменению, концепция соответствующего функционирования подвергается значительным изменениям. Подход к контракту, рутинным соглашениям и правилам отражает обратное взаимоотношение между силой сопротивления и уровнем участия, который требуется от пациента.

Когда патологически нарциссический индивид начинает лечение, его способность работать аналитически оказывается крайне ограниченной. Сознательно и бессознательно он негативно реагирует на требования, которые заставляют его испытывать свою собственную беспомощность и неадекватность. Примитивные идеи и эксплозивные эмоции, которые ему трудно вербализовать, доминируют в его странном поведении. Чем ожидать исполнения своих задач под лечебным контрактом, ему лучше медленно учиться делать это. Некоторые дополнительные

требования предъявляются до тех пор, пока пациент остаётся в состоянии максимального сопротивления.

Процесс связывания чувств и мыслей со словами оказывает угнетающее воздействие на его поведение. Его способность проверять свои вербальные открытия объективно усиливается посредством идентификации с отношениями и коммуникациями аналитика. Когда пациент открывает себя и обнаруживает что он способен занимать себя в анализе без потери контроля над своим поведением, признаётся его мощь воздействовать на свою собственную судьбу.

Когда перерастаются ранние препятствия к выполнению контракта, вводятся задачи которые вызывают более координированное функционирование, проницательность и здравый смысл. В конце концов концепция кооперативного поведения переопределяется для того, чтобы заключить систематическое сотрудничество в признании, исследовании и интерпретации препятствий к личностному созреванию, которое появляется в последующих стадиях лечения.

Пациент обучается таким образом испытывать растущее желание занимать себя в лечении. Он признаёт цель соглашений и правил под которыми он работает, и понимает необходимость регулирования своего функционирования соответственно. Кроме огромной пользы полученной от кооперирования с аналитиком, насколько это возможно на каждой стадии лечения, пациент понимает и получает способность применять принципы управляющие его занятием в аналитической ситуации ко всем сферам человеческих отношений.

ГЛАВА 6.
ПРИЗНАНИЕ И ПОНИМАНИЕ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Эффективное применение теории работы с сопротивлением основывается на признании его присутствия. Обнаружение и идентификация важнейших форм сопротивления при лечении шизофрении, так же как понимание того что они сообщают о непосредственном состоянии пациента, являются действительно более трудным, чем сама работа с сопротивлением. Представленная глава посвящена этим задачам.

Формулировки сопротивления отражают мысль о том, что его стараются разрешить за время лечения. До тех пор, пока восстановление воспоминаний рассматривалось как цель психоаналитической терапии, силы, которые препятствовали работе воспоминания, приравнивались к сопротивлению. В таком контексте Fenichel определил его всеобъемлюще как "всё то, что предохраняет пациента от продуцирования материала исходящего из бессознательного" [24, p.27]

Дальнейшее развитие теории психоаналитической техники существенно расширило круг феноменов входящих в статус сопротивления. Оно было признано как нечто иное, чем артефакт аналитической ситуации, как это было задумано изначально; то есть, неприятность, которая возникает только тогда, когда индивид находится под давлением свободно ассоциировать. В этой связи достаточно интересна краткая ссылка Фрейда (1897) на сопротивление как на "ничто иное как детский характер"– понятие, продолжает Фрейд, которое сделало сопротивление чем-то "объективно осязаемым" для него [38, p. 226]. Сейчас сопротивление не

рассматривают как существующий феномен, изолированный от обычного поведения и отношений пациента в жизни, а связывают его с защитами, мобилизованными эго в интересах овладения окружением и психическим выживанием. Эти защитные образования, активированные в аналитической ситуации трансфером, признаются как характерные выражения данной живущей личности. Признаётся также, что сопротивление, когда-то сравниваемое с прерыванием коммуникации, действительно выполняет коммуникативную функцию. Наблюдателю, который может расшифровать его значение, оно сообщает недоступную другим способом информацию о жизненной истории пациента.

Каким бы образом сопротивление не проявляло себя, оно всегда обозначает оппозицию - сознательную или бессознательную - аналитическому процессу. Menninger определяет его как "направление сил внутри пациента, которые противостоят процессу улучшающего изменения"[79].

Силы *вне* (пациента), в такой же мере как и *внутри* (него) могут препятствовать такому изменению в пациенте, эго-функционирование которого является неадекватным для того, чтобы справиться с непосредственными реальностями его жизни. Хотя этого не происходит со всеми шизофреническими индивидами, всё же характерно, что во время лечения они испытывают состояния эго-дефицита вообще или же в специфическом поле функционирования, когда прогресс зависит от овладения внешним препятствием. Поскольку личностное созревание рассматривается как цель лечения, *все* силы, которые предохраняют пациента от эмоционально зрелого функционирования с аналитиком, расцениваются как сопротивление. Такие силы охватывают гораздо большую область чем просто являются помехой к коммуникации в сессиях; однако, в конечном счёте они препятствуют коммуникации или угрожают продолжению взаимоотношений. В любом случае внешние препятствия воспринимаются как сопротивление в техническом смысле этого слова.

ВНЕШНЕЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ

Хотя Фрейд провозгласил правило, "Всё то, что мешает прогрессу аналитической работы является сопротивлением", подстрочное примечание, добавленное 25 лет спустя к этому утверждению в "*Толковании сновидений*" [52], показывает "нечто как верное, так и новое" за "явным преувеличением". Даже если пациент не может поручиться ответственностью за обстоятельство или случай в своей жизни, который мешает лечению, как большое препятствие оно становится "слишком зависимым" от него. Сопротивление достаточно явно проявляет себя в "готовности, с которой он воспринимает подобного рода случайность, или преувеличенное значение, которое он придаёт ему." Восприятие внешних препятствий как сопротивления не является новым.

Фрейд часто использует слова "сопротивление" и "внутреннее сопротивление" как синонимы, широко включая последнее в большинство своих рекомендаций по технике. В обзоре ошибок в лечении (1917), он относит большинство из того что случалось в ранние годы психоанализа к неблагоприятным внешним обстоятельствам. Такие сопротивления, продолжает он:

...имеют незначительный теоретический интерес, однако огромное практическое значение... В психоаналитическом лечении влияние родственников представляет позитивную опасность, и опасность которую никто не знает как встретить. Кто-то вооружён против внутренних сопротивлений пациента.... но как он сможет отразить эти внешние сопротивления? Никакого рода объяснения не оказывают никакого влияния на родственников пациента... Мы, действительно, предпринимаем нечто такое, что при обычных обстоятельствах не реализуемо [37, 28th lecture].

По моему мнению, Фрейд избегал или откладывал работу с внешним сопротивлением как можно дольше по двум причинам. По-видимому, он был неспособен успешно справиться с антагонистическими отношениями родственников пациента, с социальными предрассудками и другими неблагоприятными окружающими воздействиями в ранние годы своей практики. Кроме того, после того как он помогал пациентам эффективно преодолевать их внутренние сопротивления, он мог обнаружить что им не требовалась его помощь в овладении внешними препятствиями. Такая находка может объяснить ссылку на их "незначительный теоретический интерес".

Хотя теория психоаналитической техники не обращает внимания на препятствующие реальности как на редуцируемое сопротивление терапевтическому прогрессу, большинство врачей сегодня рассматривают их в этом контексте. Тем не менее, личности с относительно способным эго могут не требовать помощи аналитика в преодолении окружающих их трудностей. Обычно, они способны вести себя в соответствии с тем, что они рассматривают как их собственные лучшие интересы после того как их внутренние сопротивления разрешатся. Между тем, некоторая протекция предоставляется инструкцией откладывать жизненно важные решения в личных и профессиональных делах до тех пор, пока он не станет адекватным чтобы выполнить их. Предстоящие решения обычно подвергаются тщательному анализу.

Однако, индивиды, которые непрочно опираются на реальность, часто восстают против жизненных трудностей, чьё решение не требует избегания или отлагательства. Препятствия личностному созреванию, которые не являются специфическими для его болезни, часто мешают его прогрессу в лечении или угрожают его продолжению .Чтобы помочь ему овладеть его интрапсихическими проблемами, терапевт признаёт неблагоприятное окружающее обстоятельство, которое *становится фактором* в лечении, как сопротивление аналитическому прогрессу. В теории, он скорее несет ответственность за помощь пациенту в понимании и проработке внешних факторов, чем за игнорирование их вовсе, или до тех пор, пока они не станут источниками внутреннего сопротивления.

Такой подход вызывает различные взгляды. Прежде всего, является ли неблагоприятная реальная ситуация, обычно описываемая пациентом, препятствием его функционированию в сессиях? Если нет, она имеет небольшое значение для аналитика. Если да, то она исследуется. Это является руководящим принципом.

Факт, что у пациента головная боль, например, не может предохранить его от продуктивного использования его лечебного времени. Однако, если он тратит время

сессии жалуясь на это, внимание к его физическому состоянию оправдано. Это может стать ясным из его описания, что головная боль вызвана элементарным игнорированием или пренебрежением телесных потребностей. Простое объяснение, что голодные боли или недостаток сна создают нездоровую структуру психики, может удовлетворительно противостоять тенденции пропускать приёмы пищи или преследовать другие вредные привычки. Если нет, может быть предложено медицинское обследование, или же исследована возможность того, что в физических жалобах заключены важные психологические факторы.

Во время его первой зимы в лечении, коммуникации очень интеллигентного коллеги-студента прерывались пароксизмами кашля. Он постоянно извинялся, утверждая что его физическое здоровье было крепким. Он был убеждён что состояние его бронхов должно скоро пройти. Однако приступы кашля продолжались и были исследованы. Возможные источники бронхиальной инфекции были исключены до тех пор, пока юноша не раскрыл, в ответ на вопрос, что он носит летнюю одежду круглый год. Мысль о том, что он может не кашлять, если он будет носить тёплую одежду в холодную погоду, удивила его. Он ответил что всегда одевается таким образом, а кашель начался только несколько месяцев назад. Тем не менее, принятие этого предложения продолжило обсуждение. Кашель прекратился когда он стал носить зимнюю одежду.

Обструктивные отношения членов семьи пациента являются общим источником внешнего сопротивление. Девушка, которая кооперативно функционировала, стала смутно выражать неудовлетворение своим прогрессом. Она отметила что хочет оставить лечение, но не могла объяснить почему. Когда её заявление было исследовано, стало ясно, что это не сама пациентка, а её отец хочет прекратить анализ. После прояснения связи между её отношением и текущим состоянием сопротивления, она попросила терапевта походатайствовать за неё перед её отцом. Это оказалось излишним, поскольку она была способна решить проблему сама. Тем не менее, недостаточное понимание и анализ внешней угрозы, которую она скрывала, могли поколебать отношения, которые, в конечном счёте, дали желаемые результаты.

То, что вначале кажется внешним сопротивлением может, с другой стороны, оказаться внутренним сопротивлением. Сообщение о том, что родитель или супруг противостоят продолжению лечения или проявляют враждебность к терапевту лично может представлять бессознательный манёвр пациента прервать аналитические взаимоотношения. Студенту-аналитику было предложено исследовать возможность того, что когда он выражает искренний интерес, то разъярённый муж пациентки угрожает ему физической расправой. Исследование ситуации помогло пациентке понять, что она была поставлена своим мужем в роль провокатора, Его угрозы выражали её собственную оппозицию лечению, о которой она ничего не знала.

Тот факт, что терапевт принимает внешнее сопротивление в сферу своей ответственности, не означает что он будет способен помочь пациенту преодолеть его. Очевидно, существуют здесь-и-сейчас реальности, которые невосприимчивы к психологическому воздействию. Признание означает, что врач готов исследовать природу и силу препятствующего фактора, определить, ответит ли он на

аналитическое понимание и коммуникацию, и решить, хочет ли он предпринять попытку преодолеть его, либо самостоятельно, либо с помощью других людей. Такой подход делает задачу аналитика более трудной, однако существенно снижает риск неудачи.

ВНУТРЕННЕЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ

После открытия того, что противодействие восстановлению воспоминаний было не единственным родом сопротивления, используемым его пациентами, Фрейд изучил другие методы которыми они препятствовали свободному ассоциированию. Позднее, он обратил внимание на пять различных форм, описывающих динамические процессы, относящиеся к каждой, в терминах психической структуры, от которой они произошли[35]. Все эти формы наблюдаются при лечении шизофрении.

Первая группа - противодействие воспоминанию эмоционально значимого жизненного опыта – сопротивление подавлением. Оно установлено эго. Шизофренический пациент прибегает к нему первично, когда вербализует воспоминания ситуаций, которые были сильно заряжены агрессивными побуждениями. Первичные чувства (prefeelings) ненависти и идеи разрядки их на объекты подавляются.

Через сопротивление "вторичная выгода" эго манипулирует для того, чтобы поддерживать любые специальные выгоды или компенсации, которые индивид получает из-за своей болезни. В случаях, где оно приносит огромное количество инфантильного удовлетворения, главным образом зависимых желаний, оно является особенно мощным типом сопротивления при шизофрении.

Сопроотиввление суперэго характеризуется чувством вины и потребностью в самонаказании.Временами, глубоко нарциссичный индивид начинает погружаться в чувства неизлечимости, безнадёжности или никчемности. Совесть говорит ему, что его деструктивные импульсы, так же как и идеи о том что он может быть гомосексуалистом, опасным извращенцем или потенциальным преступником , слишком "постыдны" чтобы разглашать их. Обострение симптомов или страданий на поздних стадиях лечения - так называемая негативная терапевтическая реакция [30] – может быть выражением сопротивления суперэго. Элементы сопротивлений эго и суперэго комбинируются в сильных чувствах суицидальной депрессии, которую испытывают большинство шизофренических пациентов.

Ещё один тип сопротивления происходит из ид. Ид или повтор-компульсивное сопротивление выражает себя в сильных желаниях физического контакта и настойчивости на действии. Смертоносные побуждения, связанные с воспоминаниями, слишком сильно подавлены шизофреническим пациентом чтобы вспомнить, когда они пробуждаются в присутствии аналитика, Эти побуждения, произошедшие из непрощаемой ненависти к раннему объекту, чередуются и часто маскируются стремлениями к любви и сексуальному контакту.

Четыре типа сопротивления, описанные выше, представляют, главным образом, теоретический интерес. Они показывают как пациент характерно относится к незнакомым людям в фрустрирующих ситуациях. Однако, информативные в этом отношении, они имеют небольшое значение для техники до тех пор, пока не станут

полностью заряженными аффектами. Это происходит после того, как пациент разовьёт эмоциональный интерес к аналитику как индивиду, что облегчает прогрессивную коммуникацию на какое-то время, но, в конце концов, препятствует ей. Этот пятый тип противодействия изменению -- трансферное сопротивление – является особенно важным для клинициста, его "хлеб насущный", выражаясь словами Greenson`a [61, p.183]. Характерные паттерны трансферного сопротивления у шизофренического пациента описываются дальше.

ОСОБЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

В промежутке между предварительными переговорами о лечении и составлением контракта, патологически нарциссический индивид часто ангажируется в серии вырывающихся (из лечения-прим.перев.) маневров. Он отступает и выжидает, перед тем как приступит более интенсивно и экстенсивно, чем обычный кандидат на лечение, и проявляет глубокое нежелание подвергаться ему особым образом. Поскольку позднее может возникать неуверенность: "подходящего" аналитика он выбрал или нет, и могут появиться некоторые опасения по поводу тяжелых испытаний впереди, шизофренический индивид часто уверен что он выбрал "неподходящего" аналитика и абсолютно убеждён что его состояние безнадёжно. Он думает - и, в конце концов, говорит - что может быть "сходит с ума", если уже "не сошёл". Нет причины чтобы не начать лечение, хотя, ничего лучше он предпринять не может.

Настойчивое и требовательное отношение во время предварительного интервью является характерным выражением преаналитического сопротивления. Серьёзно нарушенная личность способна беспорядочным образом говорить о своих проблемах и жаловаться на сильную тревогу или чувства отвращения, которые она испытывает в тот момент. Сходные паттерны преаналитического сопротивления уже были описаны (Глава 5).

Когда контракт согласован, пациент обычно совершает различного рода маневры, чтобы избежать или отсрочить сообщение важной информации о себе. Говорить о чём-либо может становиться мучительным испытанием, когда он начинает осознавать чувства которые усиливают состояния острого напряжения. Кроме того, он не расположен показывать своё низкое мнение о себе аналитику, которого он рассматривает как сверхличность, даже если он не является тем "подходящим" аналитиком чтобы проводить лечение. Возможно пациент не может придумать то, о чём бы он смог говорить; или же он может сказать что он действительно не знает что терапевт хочет услышать. Один юноша-шизофреник, отвечая на начальную инструкцию говорить, сказал: "Хорошо, я родился, и вот я здесь".

На ранней стадии лечения, и даже в преаналитической фазе, очень ранний приход, опоздание или отсутствие являются общими паттернами сопротивления. Некоторые пациенты возводят тот или иной паттерн в крайность, такую как прийти за минуту до конца сессии. Другие приходят не в тот день, и кажутся удивленными или обиженными тем что их не ждали. Как уже указывалось, трудности в уплате гонорара являются еще одной областью в которой наблюдается эго-дефициты.

Положение на кушетке создает другие проблемы. Тем не менее, отказ выполнить это или остаться на кушетке, на протяжении всей сессии, не всегда может быть отнесен исключительно к некооперативному отношению пациента. Сопротивление использовать кушетку часто усиливается тем, что терапевт обеспокоен его нахождением там.

Шизофрения вызывает очень специфические формы эго-сопротивления, которые обычно действуют как трансферное сопротивление. Другими словами, нарушения мышления, неподходящие аффекты и другие симптомы болезни обычно используются в обслуживании сопротивления.

Пациент может заявлять что у него имеются трудности в мышлении» или что его мысли путаются. Одна его мысль может блокировать другую. Он может описывать слышимые голоса или ощущать посторонние мысли приходящие в его психику, и что его попытки понять их усиливают путаницу.

Он описывает ощущения и аффекты которые одинаково неприятны, среди них чувства негодования и опасности. Он протестует против сексуальных чувств и не хочет описывать их. Он говорит что неприятными, также, являются жуткие чувства собственного небытия или ощущения смерти, и терапевт может быть обвинён в их порождении. "Я чувствую себя трупом," - сказал один пациент мужчина. "Что произошло?"

Шизофренический пациент может жаловаться что безделие ему приятно. Он может оплакивать потерю своего чувства реальности. Чувства пустоты или полного отсутствия чувств описываются в постоянно недовольной манере. Импульсивные действия, которые прерывают вербальную коммуникацию, являются другими проявлениями подобных специальных форм сопротивления. В этой связи я вспоминаю женщину, которая спрыгивала с кушетки чтобы ударить по двери офиса. После того как такое поведение повторилось, она сказала: “Вы должны быть благодарны за то, что я бью по двери, а не по вам".

Хотя мысль, чувство или действие являются основными полями, в которых наблюдается мальфункционирование, оно также проникает в фантазии и сновидения пациента. Он не расположен описывать их, потому что то, что он испытывает в воображении ,часто настолько же неискренно, как и то, что он думает и чувствует.

Особый, только что описанный, тип сопротивления отражает фрагментацию или дезорганизацию, вызванную болезнью. Кооперативное функционирование в аналитической ситуации влечёт за собой быстрое высвобождение фрустрационной агрессии в чувствах и языке, однако, пути, по которым такое высвобождение осуществляется, неадекватны или заблокированы. Аналитик наблюдает оба повреждающих эффекта преэдипова паттерна бутилирования агрессивных импульсов и повторяющуюся активацию такого паттерна. Бессознательной целью, мотивирующей патогенный паттерн, как уже указывалось, является потребность предохранить объект. Массивная клиническая очевидность повреждения, переносимого личностью, приводит к началу ядерной проблемы сдерживания фрустрационной агрессии.

Существуют две причины, по которым тяжёлые симптомы, связанные с нарциссической защитой, приводятся в действие. Их появление может быть присуще воспроизведению прошлых источников информации. Некоторое ухудшение в

психическом функционировании может происходить просто из-за того, что пациент движется в своих воспоминаниях наэад. Другими словами, ретроградный процесс может снижать уровень его развития до областей, где эго-границы едва существуют. Часто трудно отличить искажения восприятия и нарушения мышления косвенно вызванные регрессией от клинических проявлений, относимых к внезапной фрагментации личности непереносимым количеством фрустрационной агрессии. Паттерны последнего типа похожи на те, что связаны с органическими психозами, церебральной интоксикацией, а, также, вторичными психозами, например теми, которые вызываются ЛСД. Я описываю эти паттерны как "фрагментирующее личность" (personaity-fragmentation) сопротивление.

Испытывает ли шизофренический пациент большее фрустрационное напряжение, чем он может освободить соответственно в непосредственной ситуации? Крайне важно исследовать такую возможность так скоро, как только такие паттерны будут наблюдаться. Неконтролируемое поведение и потенциально тяжелое повреждение у пациента может появиться в ближайшее время, если не обращать внимания на угрозу психотического распада (breakdown).

Еще один особый тип сопротивления сопутствует регрессии. Шизофренический пациент часто затрудняется точно выразить то, что он имеет в виду, и он склонен использовать примитивные способы коммуникации, вместо того чтобы выражать свои мысли и чувства в языке, который присущ лицам его возраста; он может передавать их необычными знаками и телесным языком. Он сообщает больше то, что не осознаёт, как например: скрещивает или не скрещивает свои ноги, лежит ли на боку, ударяет ли по кушетке, подпрыгивает ли когда волнуется, а также, своим выражением лица, манерами, жестами и даже одеждой, которую носит.

Все пациенты предаются символической коммуникации в какой-то степени. Невербальная, так же как и анахроническая вербальная коммуникация, к которой бессознательно обращается шизофренический пациент, понимается как сопротивление, потому что она препятствует витальному процессу связывания импульсов, чувств, мыслей и воспоминаний со словами. Тем не менее, "языковое сопротивление" не представляет собой серьёзного препятствия для врача, который может понимать символическую коммуникацию и язык маленьких детей.

ТРАНСФЕРНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ

Чтобы облегчить раннее развитие негативного трансфера, аналитик, вначале, функционирует как фрустрирующий объект. Однако, фрустрация уравновешивается достаточным удовлетворением чтобы помочь пациенту вербализовать его агрессивные реакции. Опасность получения психотической регрессии избегается путём регулирования времени коммуникаций при *контактном функционировании*, пациента – то есть, его случайными вербальными попытками удовлетворить непосредственную потребность в словах от аналитика, возможно путём постановки вопроса рассматривающего процедуру, или предоставлением информации, или же совета. Информация выпрашивается время от времени, когда пациент прикладывает искреннее усилие функционировать кооперативно, но, обычно, контактное функционирование является проявлением сопротивления.

Аналитик отвечает на контактное функционирование как на сигнал о том, чтобы в данный момент от него исходила определённая коммуникация. Чем предоставлять информацию или требуемый совет, ему лучше психологически отражать вербальную попытку контакта посредством определённой короткой коммуникации, Когда пациент, в результате, получает короткую вербальную пищу в ответ на собственный запрос, он не подвергается чрезмерному количеству фрустрационного напряжения,

Тем не менее, он испытывает достаточную фрустрацию для того чтобы активировать свои привычные паттерны борьбы с ней. Патологические защиты заряжаются эмоциональными побуждениями к аналитику как к трансферному объекту.

Эти паттерны тщательно изучаются, перед тем как пытаться работать с ними, потому что они требуют различных процедур. Сперва определяют, является ли трансферный объект существом, к которому в данный момент относятся как к отдельной и чёткой личности. Когда пациент ясно объект-ориентирован, незрелый паттерн идентифицируется как объект-трансферное сопротивление. А когда он относится к аналитику более или менее неопределённо как к "Я", или как к несуществующему, исключая его из участия и воздействия, паттерн классифицируется как нарциссически- трансферное сопротивление.

ОБЬЕКТ-ТРАНСФЕРНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ

В состоянии объектного трансфера, сопротивляющийся шизофренический пациент делает такие утверждения как следующие:"Вы сидите здесь и ничего не делаете чтобы помочь мне"; "Я не хочу разговаривать с вами", и "Мне не нравится в вашем офисе". Мужчине, который просил своего терапевта: "Сделайте что-нибудь чтобы помочь мне", напомнили что он должен говорить. "Я слишком далеко зашёл, чтобы говорить с вами," заявил он,"Так я полагаю вы не сможете помочь мне". Отвечая на подобного рода напоминания, другой человек сказал: "Я должен предупредить вас, что я разваливаюсь на части". Отражение контактного функционирования пациента также стимулирует неприязненное отношение к аналитику: у него неприятные черты; он жестокий; он какой-то неизвестный; он не заслуживает доверия; и т.д. Такие проявления сопротивления указывают, что пациент находится в достаточном контакте с реальностью, чтобы различать фрустрирующий объект как силу, отдельную от него самого.

Прерываясь, как только его паттерны контактного функционирования отражаются, шизофренический пациент реагирует на вопросы и другую "вербальную пищу", которые он воспринимает с чувствами аффекта. Однако, ему трудно вербализовать их, особенно на ранней стадии взаимоотношений. В состоянии объектного трансфера он лицемерит привычным способом. Он может заявить: "Я слишком стесняюсь сказать вам что я думаю или чувствую о вас". Вместо аналитического материала, он повторяет некоторые такие утверждения снова и снова, когда объектный трансфер является позитивным по своей природе.

НАРЦИССИЧЕСКИ-ТРАНСФРНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ

Равноценный паттерн в состоянии нарциссического трансфера даёт обманчивое впечатление что пациент разговаривает с самим собой, или с терапевтом, как с частью своей психики. Соответствующие аффекты или реакции на синтонные коммуникации последнего не регистрируются как таковые. Кажется что ответы терапевта, на попытки войти в контакт, не имеют эффекта, когда пациент находится в состоянии нарциссически-трансферного сопротивления.

Тем не менее, эти паттерны являются более менее значимыми, чем его повторные самоатакующие манёвры в состоянии огромного психологического дискомфорта, чтобы предохранить себя от слов: "Вы фрустрируете меня, и я ненавижу вас за это". Вместо признания и сообщения этой правды, шизофренический пациент бессознательно стирает её, утаивает, маскирует, или топит её.

Когда имеются оба трансфера, как нарциссический, так и негативный, пациент функционирует кооперативно когда он сообщает: "Я ненавижу себя когда я фрустрирован". В состоянии сопротивления, он также утаивает свою ненависть к себе или игнорирует факт, что терапевт несёт ответственность за это. Что касается всего того, что связано со *мной*, сообщает пациент, все это не имеет ничего общего с реальностями отношений. Он может сказать что ему не нравится разговаривать, что он может убежать или "выпрыгнуть из своей кожи". Так как он хоронит свои агрессивные побуждения, он может заявить что он "разваливается на части". Вспоминаются невыносимые чувства и ощущения. Пациент может описывать оцепенение или напряжение в какой-либо части своего тела, что у него болят глаза, что он не способен расслабиться. Он может утверждать, что выяснять его мысли и чувства не имеет смысла, потому что они уже известны аналитику. Что толку говорить с тем, кто читает его мысли?

Если он воспринимает мысль что разговор является сущностью, даже если терапевт "знает всё", глубоко нарциссичный индивид склонен пугаться или смущаться своими тенденциями испытывать гнев или ярость. Тогда он может говорить о суициде или о самоповреждении; когда такие мысли слишком угрожающи, чтобы их произносить, он часто придирается к себе за то, что нет ничего нового или важного чтобы сообщить. Или же, он может говорить с аффективным настроением, описывая сексуальные фантазии, в которых аналитик фигурирует и, возможно, намекает на сильную потребность в сексуальном удовлетворении.

В конце концов, пациент может говорить что человек, к которому он обратился за помощью, пытается манипулировать и контролировать его, вызывая дурные желания. Тогда он часто уходит от такой мысли, смешивая свои впечатления о терапевте, как о зловредной фигуре, со своими впечатлениями о себе, самом. Например, вместо того, чтобы сказать что он не выдаёт информацию, потому что не доверяет врачу, пациент может объяснять что он не может доверять самому себе. С другой стороны он может сказать: "Вы полагаете что я ужасен?" в тот момент, когда его собственная мысль расстроила его.

ЭГО-ПОЛЕ И ОБЪЕКТНОЕ ПОЛЕ

Понимание психодинамических процессов, включённых в нарциссически-трансферное сопротивление, является обязательным как для диагностических целей, так и для аналитического прогресса.

Смесь эго-объектных впечатлений превосходит представление о кратковременной путанице того, что относится к проекциям и интроекциям. Стойкие, более или менее тяжёлые нарушения идентичности и памяти, более легко понятны в терминах личностной фрагментации и регрессивных процессов, запускаемых неразгруженной фрустрационной агрессией, что ведёт к утрате границ между двумя полями осознавания психики - эго-полем и объектным полем. То, что тогда наблюдается, является психическим функционированием, характеризующим раннюю стадию эго-формирования. Состояния спутанности пациента, относительно себя и не-себя отражают остаток недифференцированных чувств, связанных с примитивными объектными отношениями.

Насколько мы знаем, психика ребёнка при рождении подобна чистому экрану, на котором записываются любые впечатления мозга, способные восприниматься. Впечатления от его собственных телесных ощущений, в такой же мере, как и от ощущений материнского ухода за ним, в течение его нескольких первых месяцев жизни, записываются в *первичном объектном поле;* он не чувствует отделенности от внешнего мира. Ощущение единства со вселенной и всеобщей поглощённости было отнесено Фрейдом к чувству "чего-то бесконечного, безграничного,[и, цитируя Romain`a Rolland`a чего-то океанического [33,p.8].

С количественным распределением впечатлений о самом себе, часть объектного поля становится *эго-полем*. Хотя их дифференциация происходит медленно, обычно граница между ними развивается достаточно для того, чтобы эго уже существовало у двухлетнего ребёнка. Демаркация границы завершается к тринадцати годам, и становится совсем отчётливой у зрелой личности.

Когда кто-нибудь бодрствует и воспринимает огромное количество внешней стимуляции, трудно провести различие между объектным полем психики и внешним миром. Когда кто-нибудь спит и видит сон, объектное поле активируется первично внутренними стимулами. Следовательно, сновидение представляет собой превосходный пример функционирования объектного поля, когда оно относительно свободно от внешней стимуляции. Сновидение выражает переживания прошлого, репродуцируя их подобным образом, как внешняя реальность репродуцируется кинокамерой всё-таки, более менее, верно. В сновидении объектное поле даёт искажённую картину прошлых реальностей.

В психоаналитической ситуации, как и в сновидческом состоянии, и в определённой степени в сновидениях наяву и фантазиях, оживляются переживания предшествующих эго-объектных полей. Таким образом анализанду предоставляется удобный случай чтобы описать вредные результаты внутренней стимуляции, которой он подвергался в прошлом. Его впечатления об этих прошлых событиях не являются абсолютно точными, даже когда он добросовестно описывает их. Тем не менее, сообщения шизофренического пациента, когда он использует свои ранние эго-паттерны чтобы защитить себя от высвобождения фрустрационной агрессии, искажаются до необычайной степени. Объекты, предварительно установленные в объектном поле, истолковываются так, как если бы они являлись частью эго;

объектные паттерны, которые перешли в эго-поле в ранней жизни (идентификации), описываются так, как если бы они находились в объектном поле, в данный момент. Эго-поле является более менее ясным, и все попытки заключаются в том, чтобы определённым образом осветить его. Граница между этими двумя полями часто меняет положение и флюктуирует с разной степенью отчётливости. Тяжёлая потеря осознания и стирание памяти, которые могут быть испытаны пациентом в преходящем психотическом состоянии, предполагают что эта граница фактически уничтожена. Пациент описывающий такое состояние сказал: "Внезапно я почувствовал себя так, как будто я был действительно поглощен, потерял свой рассудок и память".

Дефективные коммуникации связаны с двумя основными паттернами. Впечатления полученные на объектном поле, объектные репрезентации, эготизируются; то есть, они неправильно идентифицируются как опыт эго-поля, Пациент может относиться к чувствам, которые он изначально испытывал от значимого ранее объекта, как к своим собственным. И наоборот, чувства которые возникли в эго-поле – объектифицируются.

То, что я концептуализирую как "эготизация объекта" и "объектификация эго" обычно описывают как интроекцию и проекцию. Тем не менее, переформулировка является более точной в представленном контексте[12]. Интроекция и проекция описываются как активные механизмы эго. То, что наблюдается у шизофренического индивида, разговаривающего на кушетке, является непроизвольным слиянием и разделением его эго и объектных полей с колебаниями в отчётливости эго-границ.

В дополнение к импульсам и чувствам которые он испытывал *к* своим ранним объектам, пациент может одновременно переносить то, что он испытывал *от* объектов. Все цепочки враждебных побуждений, текущих в противоположных направлениях, могут быть неправильно соотнесены, когда пациент находится в состоянии нарциссического трансфера.

Паттерны этой природы являются бессознательными и непроизвольными. Пациент не осознаёт что он фрустрирован или что он защищает себя, пряча свои агрессивные побуждения. Он осознаёт только то, что он должен поддерживать разговор. В процессе разговора, он может описывать неприятные ощущения, продуцированные как защиты для того чтобы контролировать побуждения. Однако обычно он сообщает, неутомимо и монотонно, свою мысль о том, что аналитик, подобно его первичному объекту, реально не хочет ослабить ему его защиты.

Так как пациент в этом состоянии имеет небольшую способность вербализовать свои враждебные реакции, его описание остатка чувств, связанных с паттернизированием шизофренической реакции, является скудным и неточным. Полная вербализация преэдипова состояния обычно невозможна без помощи терапевта. Чувства которые индуцирует в нем пациент используются для того, чтобы облегчить сортировку собственных чувств пациента от чувств ранних объектов. Пациент неспособен участвовать в работе по реконструкции до тех пор, пока объектный трансфер не будет стабилизирован.

[12] Federn [22] и Edoardo Weiss также предпочитали термин "эготизация", но концептуализировали процесс иначе. Weiss сформулировал интересную концепцию" эго-пассажа"[115].

Кратко говоря, признание различных психических операций которыми пациент в состоянии нарциссического трансфера предохраняет высвобождение фрустрационной агрессии к аналитику является ключом к эффективному лечению. Эти операции вызывают использование высоко специфичных ранее паттернов эготизации объекта, который переживается как чрезмерно фрустрирующий. Когда агрессия накапливается в аналитической ситуации, вместо того, чтобы вербализовать её, пациент бессознательно активирует эти примитивные паттерны нападения на внутренний объект в эго-поле (переживаемого как "я") чтобы защитить трансферный объект.

Подобный тип сопротивления иногда кратко наблюдается у пациентов, функционирующих на эдиповом уровне. Обычно он не прорабатывается потому что он не настолько интенсивен чтобы вызвать психоз. Тем не менее, его существование препятствует созреванию личности. Недостаточное признание и проработка его может объяснять некоторые неудовлетворительные результаты описанные в лечении эдиповых проблем.

Я надеюсь что нарциссически-трансферное сопротивление привлечёт большое внимание в будущем. Его пробуждение, признание, понимание и разрешение является основным для эффективного лечения преэдиповых пациентов, а также тех, кто страдает от психологически необратимых психобиологических состояний.

ГЛАВА 7
УПРАВЛЕНИЕ И ОВЛАДЕНИЕ СОПРОТИВЛЕНИЕМ

Самой сутью активного участия врача в аналитической терапии фактически является то, что описывается в клинической стенограмме как работа с сопротивлением. Прослеживая восприятие этого многогранного процесса как сущности аналитической техники, Фрейд (1923) указывал что психоанализ был "прежде всего прибежищем ...искусства *интерпретации*", обнаруживающего скрытые значения ассоциаций пациента. После того как тщательная разработка техники интерпретации удовлетворила "любопытство аналитика", большее внимание было уделено "проблеме открытия более эффективного способа воздействия на пациента" и помощи ему в достижении постоянного психического изменения. Было обнаружено что аналитик может использовать себя более конструктивно помогая пациенту осознавать его сопротивления и облегчая "задачу пациента преодолевать их" [46].

Действительно, имеются анализанды, которым требуется небольшая помощь чтобы освободиться от власти калечащих эмоций и самоповреждающих паттернов поведения. Обычно же, шизофреническому индивиду требуется намного больше, чем номинальная помощь, которую Фрейд описывал как "помощь предположения, действующего в *воспитательном* смысле" [37, 28th lecture]. С большинством этих пациентов аналитик кажется временами вносит огромный вклад. Действительно, резонно предположить, что если он делает много кропотливой подготовительной работы в трудном случае, его партнёр в конце концов, будет склонять равновесие в другом направлении. Однако разделение труда является относительно незначительным. Сутью исхода является овладение сопротивлением посредством комбинации их усилий.

Различные аспекты этого огромного предприятия обсуждаются в этой главе и главах которые следуют дальше. Основные принципы в терминах общего развития случая представлены вначале. Главы 8 и 9, хотя и сфокусированы на интрапсихическом опыте - вначале пациента, а затем аналитика – разрабатывают некоторые из этих принципов. Их вербальное осуществление особо обсуждается и иллюстрируется в Главе 10.

ОСНОВНАЯ СТРАТЕГИЯ

Когда лечение начинается, терапевт демонстрирует отношение что пациент имеет право сопротивляться. Жизненная функция нарциссической защиты принимается во внимание. Примитивно организованная, она всё-таки служит стабилизации его психического аппарата в его интерперсональных отношениях и отграничению его от излишне чувственных состояний. До тех пор, пока более здоровые защиты не будут паттернизированы в аналитических отношениях, нарциссическая защита не атакуется. Свобода от давления преодолеть её ведёт к относительной редукции потребности активировать её.

Развитие более подходящих защит не предохраняет пациента от возвращения его старых паттернов бутилирования агрессивных побуждений, но оно освобождает его от следования ему как компульсивному и непроизвольному манёвру. Он

находится, в таком случае, в позиции открытого неповиновения, подчинения или сотрудничества как способа выбора. Разрешить сопротивление значит помочь ему стать полностью способным овладевать им, анализировать его и избавляться от него произвольно.

В терминах разрешения сопротивления, аналитик использует более эффективные инструменты в своём распоряжении для того чтобы устранить непосредственные эффекты сил, которые препятствуют эмоциональному росту пациента и чтобы катализировать созревание.

ДИСТИЛЛЯЦИЯ СТАНДАРТНЫХ ПРОЦЕДУР

Стандартными процедурами для работы с сопротивлением, как сформулировано Grenson`ом [61], являются конфронтация, кларификация, интерпретация и проработка. Дистилляция этих процедур необходима для того, чтобы дать возможность шизофреническому индивиду продолжать работать продуктивно и безопасно над его фундаментальной проблемой. Дополнительным измерением лечебного плана, менее необходимым в анализе психоневротического пациента, является количественное управление сопротивлением.

Инструкция говорить пробуждает противоположные тенденции у пациента. Импульсы роста мобилизуются и помогают ему согласиться с инструкцией. Однако это также мобилизует разрушительные импульсы, которые объединяются чтобы создать контрсилу против коммуникации. Чрезмерно регрессивные тенденции и психотические проявления могут наблюдаться у тяжелых нарциссических индивидов, если контрсиле позволяют становиться слишком мощной. Ее бесчисленные проявления признаются как сопротивление; вмешиваясь для того чтобы управлять им, врач фактически работает с контрсилой. Он делает это на протяжении всего лечения, осторожно контролируя давление для прогресса.

Среди различных мер, используемых для этой цели, терапевт отражает попытки пациента пойти на контакт и вмешивается чтобы предоставить ему удобный случай вербализовать сдерживаемые эмоции, если он сам не требует контакта на протяжении всей сессии. Ему помогают вербализовать враждебность непосредственно когда появляются *лечебно-деструктивные* (разрушающие лечение- прим.перев.) паттерны сопротивления. Они сигнализируют о потребности снизить уровень фрустрации.

Чтобы воспрепятствовать возрастанию сопротивления подобного рода, терапевт немедленно исследует любые новые симптомы или обострение старых, таких как нарциссические иллюзии, на которые пациент жалуется в течение сессии – не для того чтобы получить информацию, а для того чтобы снять давление с его эго. Пациент не обескураживается каким-либо образом от раскрытия психотического материала, но к его значению не привлекают его внимания и не объясняют ему. Вообще не затрачивается никаких усилий для того чтобы помочь ему понять его.

Как я уже указывал, свободные ассоциации, вызываемые недирективно, лучше чем специально обусловленные. Опыт показывает что сопротивление удерживается на минимальном уровне, когда серьёзно нарушенную личность инструктируют просто говорить и позволяют это делать на любую, желаемую им тему. Минимальное давление, оказываемое тогда для прогрессивной коммуникации

лучше, чем для "говорения обо всём". Он также изначально учится чувствовать, говорить, но не действовать.

ФОКУСИРОВАНИЕ НА ВЕРБАЛИЗАЦИИ

Первичная опора на интерпретативные процедуры является отличительной характеристикой классического метода. "Идеальная аналитическая техника состоит в том чтобы аналитик не делал ничего другого, кроме интерпретирования", заметил Fenichel [23,p.87]. Menninger рассматривает другие типы интервенций как неподходящие до тех пор, пока они не станут служить как "предшественники собственно интерпретации" [79]. Интерпретации являются "решающими и основными инструментами", и цель аналитика, согласно Grenson`у ,заключается в том чтобы "обеспечить инсайт" [61].

Терапевтическая ценность инсайта для психоневротического пациента объясняется по-разному. Процитируем одно из них: Когда он действует нерешительно в задаче связывания своих импульсов, чувств, мыслей и воспоминаний со словами, идеи, выраженные аналитиком, помогают пациенту установить взаимосвязи. После того как *специфические констелляции памяти*, которые препятствуют его функционированию тем или иным образом, проникают в сознание и вербализуются, он становится способным выражать свои непосредственные импульсы, чувства и мысли свободно и комфортно.

Однако инсайта через слова, самого по себе, недостаточно для того чтобы пробудить воспоминания-образы, которые мешают функционированию шизофренического пациента, потому что взаимодействия между примитивной самостью и ранними объектами, в которых нарциссическая зашита была паттернизирована, представляли собой главным образом побуждения и первичные чувства (prefeelings). Ему можно будет помочь пережить эти взаимодействия символически. Изучение развития нарциссического трансфера и контртрансфера помогает терапевту реконструировать объектные отношения довербального периода.

Самоаналитические тенденции пациента часто усиливаются когда он достигает инсайта в своём дефективном функционировании. Кроме того, он может различными способами расточать время, защищая себя от поражающих ударов ненужных интерпретаций. Ранее в лечении, интенсивные или экстенсивные объяснения бессознательных механизмов снабжали его новым оружием для самоатак и часто воспринимались как невыносимое давление для прогресса.

Сопротивление анализируется – молчаливо и ненавязчиво – но вместо того чтобы пытаться способствовать признанию, восприятию или убеждению, терапевт воздействует для того, чтобы облегчить вербализацию как связывающего, интегративного процесса. Пациенту помогают открыть для себя генетические прецеденты его резистивного поведения, объяснить его в терминах аналитических взаимоотношений и проговорить вслух его собственное понимание.

Когда он учится превращать составляющие внутренней речи в разговорные слова, инсайт возникает как побочный продукт связей, установленных между побуждениями, чувствами и словами. Принцип работы получить вербальную коммуникацию, сократив цель: сделать бессознательное сознательным.

Стандартный подход, в определённом смысле, меняется.

НЕГАТИВНЫЙ ТРАНСФЕР

Политика перевода инсайта в резистивное поведение и помощь в контролировании его, также как и лечение, проводится путём поощрения развития вначале позитивных чувств к трансферному объекту. Фрейд, после того как инструктировал пациента свободно ассоциировать, очевидно обращал внимание на какой-либо тип сопротивления, который возникал, свободно демонстрируя и интерпретируя его. В этой связи представляет интерес его наблюдение о том что" враждебные чувства появляются как правило позднее чем нежные и вслед за ними" [37,27th lecture] .Это обычно происходит когда аналитик и пациент работают вместе для того чтобы понять и устранить другие типы сопротивления и более или менее игнорируют негативный трансфер.

Действительно, оппозиционный подход преследует шизофренического пациента. В дополнение к поощрению психотических реакций, развитие трансфера на строго позитивной основе пролонгирует и усложняет задачу анализирования и проработки нуклеарной проблемы. Состояние негативного нарциссического трансфера является основой для пробуждения шизофренической реакции с достаточной интенсивностью для того чтобы понять и обратить её. Чем разрушать или откладывать появление негативного трансфера, лучшей стратегией является та, которая обеспечит его быстрое развитие не подвергая пациента чрезмерному давлению отреагировать агрессивные импульсы, которые он неспособен вербализовать,

Объяснения обычных функциональных сопротивлений является нежелательным на ранних стадиях лечения из-за того что они вызывают чувство нереальности у пациента; чем больше он стремится понять, тем более запутаннее и эмоционально отдалённее он становится. Кроме того, большинство нетрансферных сопротивлений исчезает после того как негативный трансфер был эффективно проработан. Следовательно, их указывают и объясняют только тогда, когда нужно сделать такие паттерны временно недействующими.

Поэтому интервенции в начальной фазе лечения строго ограничиваются, первично руководствуясь при этом потребностью управлять уровнем фрустрации (Глава 4). Если он увеличивает лечебно-деструктивные сопротивления, терапевт воздействует в той мере, которая необходима для того чтобы аннулировать их непосредственное воздействие. Хронические и относительно стойкие защиты временами могут кратко исследоваться, однако другие препятствия к коммуникации требуют лишь небольших комментариев. Они молчаливо анализируются чтобы точно определить каким образом фрустрационная агрессия препятствует функционированию эго и суперэго. (Она может также препятствовать функционированию ид, но очевидность такого замечания все еще сомнительна.) Между тем, для того чтобы обеспечить вербализацию негативных чувств, аналитик ограничивает свои интервенции чтобы проработать трансферные сопротивления, которые мобилизуются стрессами взаимоотношений.

КОНТРОЛЬ РЕГРЕССИИ

Принимая во внимание тенденцию шизофренического пациента психически или физически убегать от фрустрирующего объекта, его способность произвольно занимать себя психологически в ретроградном процессе, с терапевтическими целями, предполагает быть ограниченной. Даже когда он вверяет себя этому с твёрдым ощущением самоконтроля, движение назад в памяти может вызывать усиление тяжёлой защитной регрессии и заводить его в последнее прибежище психоза. Для того чтобы противодействовать его склонности использовать ретроградный процесс для устранения осознания и недопущения чувств, защитная регрессия заботливо контролируется (как показано в Главе 10).

Так называемые шизофренические ассоциации обескураживаются начальной инструкцией говорить на любую тему, также как и практикой ответов на контактное функционирование пациента. Терапевт общается очень коротко чтобы отразить паттерн каждой вербальной попытки пациента получить ответ; другими словами, он предоставляет минимальное количество вербальной пищи на основе собственных запросов пациента. Обсуждение его непосредственных жалоб, включая постановку вопросов, которые могут быть заданы на реальной основе, также противодействует регрессивным тенденциям, слишком тяжёлым для того чтобы прорабатывать их в течение сессии. Интервенции являются неинформативными, предназначенными просто для того, чтобы облегчить вербальное высвобождение возросшего фрустрационного напряжения пациента.

До тех пор, пока он не поймёт его источник и не сможет как спокойно вербализовать враждебность, так и контролировать её выражение безопасным образом, ретроградное давление, которое угрожает всей личности, является нежелательным. В нужное время оказывают мягкое давление для исследования прошлого в отношении какой-либо проблемы. Короткий и селективный осмотр старых горизонтов помогает пациенту вспомнить прошлое без потери своей точки опоры в настоящем.

КОНЦЕПЦИЯ ПРИОРИТЕТОВ

Исходя из обычной практики работы с любыми возникающими сопротивлениями, терапевт признаёт важность упорного направления себя на силы, которые удерживают пациента от вербализации фрустрационного напряжения. Фрагментирующим личность паттернам (Глава 6), любым способам поведения в аналитической ситуации, которые зашли достаточно далеко чтобы разрушить лечение, а также внешним сопротивлениям равноугрожающей природы оказывается главный приоритет. В начальной фазе лечения терапевт направляет себя главным образом на уменьшение их потенциально повреждающих эффектов.

Другие препятствия, как я уже указывал, не принимают во внимание до тех пор, пока они не станут трансферными сопротивлениями. Эти паттерны тогда прорабатываются в определённой последовательности для того чтобы облегчить продвижение лечения вперёд. В том порядке, в котором на них отвечают, они представленs статус-кво сопротивлением, сопротивлением аналитическому прогрессу, сопротивлением к совместной работе и сопротивлением к завершению.

Различные принципы работы с этими пятью категориями сопротивления обсуждаются далее в этой главе.

ПОДХОД К СНОВИДЕНИЯМ

На ранней стадии взаимоотношений сновидения исследуются первично как источник информации по проблемам, которые пациент не описывает сознательно. Их лучше рассматривать как часть общего сообщения сессии, чем как материал для независимого изучения.

Шизофренический индивид склонен затоплять аналитика сновидениями когда стремится угодить ему, и скрывать их когда стремится игнорировать его. Эти склонности обескураживаются если аналитик не проявляет особого интереса к сновидениям и не работает активно для того чтобы обеспечить ассоциации к ним. Любая вещь, о которой пациент говорит во время сессии, рассматривается как ассоциация к сновидению. Время от времени о нём задают несколько вопросов с целью прояснения, но обычно всё то, что описывается включают в сумму бессознательных проблем, обнаруживаемых в сессии. Этот подход, который находится в одном ряду с подходом поздних сообщений по сновидениям Фрейда [47], минимизирует опасность, которой может быть подвержен пациент позицией терапевта обеспечить тот или иной вид материала.

Формальная интерпретация сновидений начинается позднее в лечении, когда эго и объект станут ясно различаться.

ПОЗИТИВНЫЕ И НЕГАТИВНЫЕ ЖЕЛАНИЯ

Клиническая формулировка, которую я нахожу полезной в регулировании интенсивности сопротивления, отражает признание того что оно является продуктом бессознательной попытки пациента получить большее удовольствие чем он имеет на данный момент от вербального самовыражения.

Поскольку он следует инструкции говорить, он находится под влиянием определенных внутренних потребностей. Некоторые из них вызывают образы-воспоминания ситуаций в которых его ранние объекты выполняли определённую активность в ответ на эти потребности. Если пациент испытывал такой ответ как удовлетворяющий, память обеспечивает вербальное выражение с меньшим усилием, чем если ответ испытывался как болезненный. Он, таким образом, спонтанно вовлекается в словесные выражения, которые пробуждают воспоминания опыта, в котором потребность, актуальная на данный момент, была удовлетворена с достижением удовольствия. Он, также, бессознательно стремится индуцировать терапевта ответить подобным же образом. С другой стороны, пациент бессознательно защищает себя от разговора, когда находится под воздействием потребностей которые вызывают воспоминания болезненного опыта. Психические механизмы действуют для того чтобы отразить возвращение этого опыта и предохранить трансферный объект от того чтобы он отвечал на эти потребности подобным болезненным образом.

В "Проекте Научной Психологии" Фрейд ссылается на эти механизмы, остатки опыта удовольствия и опыта боли, как на "первично желаемую аттракцию" и "первичную защиту" [45]. Он указывает: "Желаемое состояние продуцирует то, что составляет позитивную *аттракцию* к объекту желания, или скорее к его образу-воспоминанию; опыт неудовольствия приводит к отвращению, нежеланию сохранять

враждебно каттектированный образ-воспоминание". Для того чтобы провести различие между этими мотивирующими силами, я использую термин "позитивное желание" вместо "желаемая аттракция" и обозначаю болезненный образ-воспоминание, против которого действует защита, как "негативное желание".

Пациент не оказывает сопротивления реализации позитивного желания до тех пор, пока оно не достигнет того уровня, который он не способен контролировать. Создаётся угроза его безопасности, когда оно реализуется более быстро или более медленно, чем он привык. В любом случае, вместо того чтобы говорить "прогрессивно", он склонен повторяться. При таких обстоятельствах позитивное желание приобретает качество негативного желания.

Другой тип сопротивления развивается с прецедентной акцентуацией негативного желания. Пациент борется с пробуждением импульсов которые могут актуализировать его.

В некотором смысле, количества и тип мобилизованного сопротивления зависит от любого подходящего желания, являющегося позитивным или негативным. Относительно небольшое сопротивление пробуждается когда пациент располагает каким-либо удобным случаем для осуществления позитивных желаний. Терапевт поощряет это ожидание когда он признаёт преходящие потребности пациента придвинуть объект ближе или держать его на дистанции. Оптимальная дистанция различна на разных стадиях взаимоотношений. Когда она достигается, пациент часто описывает непосредственную потребность и говорит как она была удовлетворена значимыми объектами в прошлом.

Негативные желания шизофренического пациента в начальной фазе лечения связаны первично о его сильной оппозицией к повторному переживанию ситуаций в которых он научился интернализовывать или маскировать свою враждебность для того чтобы предохранить внешний объект. Страх потери контроля в высвобождении ненавистных импульсов является мощным сдерживающим средством от их вербализации. Он может выдавать их присутствие сохраняя молчание с крепко сжатыми кулаками.

Понятие о позитивном и негативном желаниях обеспечивает полезным концептуальным инструментом в работе со специальными формами сопротивления, наблюдаемого у шизофренического пациента в то время, когда максимальное пробуждение этих паттернов может подвергнуть опасности лечение. На лечебно-деструктивные сопротивления невозможно эффективно воздействовать до тех пор, пока трансферная ситуация не достигнет своей наивысшей точки, однако их интенсивность может быть модулирована, если терапевт способен признать природу желаний, которые мобилизуются в сессиях. Посредством своих коммуникаций он может увеличить интенсивность позитивного желания или уменьшить интенсивность негативного, каждое из которых должно служить цели помочь пациенту вербализовать его. И обратно, негативные желания могут быть подчёркнуты, а позитивные уменьшены посредством подходящих и своевременных интервенций.

Сдержанное отношение в начальной фазе лечения облегчает управление сопротивлением, которое может быть мобилизовано из-за воздействия негативных желаний. С одной стороны, пациент оказывается достаточно фрустрированным для

того чтобы высветить своё сопротивление вербализации враждебности. С другой стороны, для того чтобы не мобилизовывать слишком много враждебности в любой данный момент, аналитик символически удовлетворяет некоторые позитивные желания, задавая несколько объект-ориентированных вопросов.

ЛЕЧЕБНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПАТТЕРНЫ

Типы сопротивления которые требуют приоритетного внимания включают аффективные нарушения , бредовые идеи и подобные отражения фрагментации. Эти паттерны не комментируют до тех пор, пока они не препятствуют эффективной и прогрессивной вербальной коммуникации во время сессий. В то время как относительно стабильные паттерны просто молча изучаются, аналитик говорит для того чтобы снизить уровень фрустрации и помочь пациенту вербализовать его фрустрационное напряжение, когда наблюдается внезапное усиление таких паттернов.

Выражение неприятных реакций на аналитический сеттинг или на атрибуты терапевта является ключами к потенциально опасным способам функционирования, которые могут подвергнуть опасности лечение. Пациент может жаловаться, например, что кушетка колючая, что ему не нравится цвет стен офиса, или что голос терапевта раздражает его и затем прекратить разговаривать. Короткий выход такого впечатления часто указывает что такое сопротивление мобилизовано. Когда пациент остаётся полностью самопогруженным, аналитик может спросить впечатление о своем собственном присутствии, таким образом привлекая к себе внимание как к фактору ситуации.

После того как пациент будет говорить в течение длительного промежутка времени в независимой манере, он может описать бредовую идею; он может сказать что его мозг "парализован" или что он "разваливается на части". Выражение интереса в отношении содержания иллюзии, ощущения или упоминаемого чувства нежелательно потому что это может стимулировать ещё более интенсивное сопротивление. При таком положении дел, вопросы об аналитике также помогут пациенту функционировать более кооперативно. Аналитик, поскольку он отражает пациента, становится похожим на необычайно самоцентрированное человеческое существо!

Если пациент сообщает что он думает остановить лечение и в его утверждениях проявляется отсутствие заинтересованности, он может без повторного предупреждения отсутствовать несколько сессий. С другой стороны, короткий вопрос о неадекватности аналитика часто помогает ему вербализовать своё неудовлетворение. Аналитик может спросить что *он* сделал или чего не смог сделать что заставило пациента думать или чувствовать то, что он думает или чувствует сейчас. Тем не менее, угроза ухода остается. Невозможно разрешить паттерн избегания до тех пор, пака он не станет максимальным трансферным сопротивлением.

Любое молчание, работающее как сопротивление, зависит от уровня тревоги в данный момент. Когда пациент спокоен и расслаблен в период молчания, особенно в начальной стадии взаимоотношений, нет смысла прерывать его. Его продолжающееся молчание можно будет поощрять, если он этого желает. Однако

затянувшееся молчание нежелательно для серьезно нарушенной личности, которая испытывает напряжение, страдание, или находится в состоянии конфликта. Важно выяснить почему он не говорит и, если он хочет говорить, помочь ему в этом. То, что он говорит не имеет непосредственного значения; коммуникации на любую тему предпочтительнее молчания. Разговор может быть облегчен постановкой вопросов, или же аналитик какое-то время может говорить сам, предпочтительно о безличных материях. Это часто стимулирует пациента последовать примеру; кроме того, его сопротивление разговору временно уменьшается, когда он видит что аналитик не настаивает на этом. С противодействием вербальной коммуникации продолжают работать контролируя проявление рвения.

На серьёзные нарушения лечебного контракта немедленно обращают внимание пациента. Так как его приучают к мысли звонить терапевту, если он не приходит на запланированную сессию или задерживается более чем на 15 минут, то такое уведомление доказывает усилие кооперироваться; если же эта мысль не воспринимается, ошибка исследуется. Если пациент имеет привычку опаздывать, вопросы, задаваемые ему, желательно освободить от любого намёка что он не хочет приходить или что его собственное функционирование находится ниже номинала. Не сделал ли терапевт недостаточно ясным время сессии? Задержался ли пациент из-за транспорта? Предназначаемый вопрос предохраняет его эго от давления посредством фокусирования на объекте.

Индивид, который не приходит вовремя, может иметь определённые трудности с уходом из офиса в конце сессии. На сильное и постоянное сопротивление такого рода можно будет ответить предоставлением ему возможности подняться с кушетки на столько минут до запланированного окончания, насколько он привык задерживать своё время. Стратегия помогать ему говорить, пока он не поднялся в течение такого короткого интервала, также может быть важной в терминах выхода его из регрессивного состояния и возвращения его к реальности.

Во время ухода пациент может пытаться удовлетворить желание физического контакта. Он может, например, захотеть чтобы терапевт помог ему одеть пальто или проводил его до двери. Поскольку такой опыт пробуждает ожидание более интимного удовлетворения, пациент может тогда стать более эксплозивным в выражении своих эмоций или его трудности в вербализации враждебности могут усилиться. До тех пор, пока им владеют желания зависимости, следует избегать любого рода физического контакта.

Только что описанные подходы используются, в некотором смысле, как крайние меры для того чтобы защитить пациента и сохранить взаимоотношения. Ему позволяют сохранять резистивный паттерн, однако удерживают от интенсификации и отреагирования его. Аналитик обращает внимание на поведение без объяснения почему он это делает. Оно просто описывается и его причастность к лечению упоминается для того чтобы облегчить вербальную коммуникацию. После того как он сможет достаточно долго наблюдать пациента чтобы понять что приводит паттерн в действие, врач при необходимости может добавить эти предварительные меры.

ДРУГИЕ КАТЕГОРИИ

СТАТУС-КВО ПАТТЕРНЫ

Когда шизофренический пациент станет приспосабливаться к аналитической ситуации, со временем он начнет проявлять отношение что он полностью доволен прогрессом, которого он достиг, с тех пор как начал лечение, и что его главный интерес заключается в поддержании его настоящего состояния. Статус-кво или инерция-сопротивление, которое попадает во внимание когда лечебно-деструктивные паттерны не действуют, может становиться важным фактором после первых шести месяцев лечения. Пациент скрывает свои "плохие" чувства и мысли, представляет свою потребность в улучшающем изменении как минимальную и вынашивает идею о существовании "хорошего" пациента. Когда такие отношения станут трансферными реакциями ему, например, можно сообщить мысль о том что он находится в тупике, потому что аналитик попал в тупик. Пациент может быть приглашен, посредством вопросов, рассмотреть желание аналитика о том, что “дрейфовать” далее в этом направлении бессмысленно. Непосредственное эмоциональное состояние пациента определяет выбор других процедур.

СОПРОТИВЛЕНИЕ АНАЛИТИЧЕСКОМУ ПРОГРЕССУ

От лечебной ситуации, фокус постепенно перемещается к потенциально нежелательным аффектам нового опыта. Нежелание узнать как продвигаться вперед выражается по-разному. Пациент может пытаться избежать разговора о своих мыслях и чувствах, спрашивая правила и указания. Неопределенно долгое время, в середине лечения, шизофренические индивиды кажутся несклонными двигаться вперед, говорить что они реально думают и чувствуют без взвешивания последствий. Движение вперед, вербально, на неизвестную территорию, воспринимается ими как действительно рискованное предприятие.

Искушение работать с этими так называемыми сопротивлениями аналитическому прогрессу. в начале лечения является достаточно сильным, особенно у начинающего аналитика. Чтобы достичь видимых результатов как можно быстрее, он склонен направлять себя непосредственно к факторам, которые препятствуют продвижению вперёд, и откладывать работу с негативными чувствами.

Как я полагаю, подобная ориентация является нежелательной с шизофреническим пациентом. Очень впечатлённый выгодой отношений, он испытывает огромное нежелание вербализовать враждебность к благодетелю. Усилие быть полезным, обеспечивая интерпретациями такие сопротивления на ранних стадиях лечения, поощряет развитие позитивного трансфера, таким образом усиливая тенденцию пациента бутилировать своё фрустрационное напряжение. Кроме того, если он чувствует что его "толкают" вперёд, активируется лечебно-деструктивное сопротивление.

Следовательно, сопротивления аналитическому прогрессу соответствуют третьему приоритету. Их прорабатывают тогда, когда они вызывают значительный уровень эмоционального затруднения с трансферным объектом. Например, если пациент выражает мнение о том, что аналитик не хочет поднимать более никаких

проблем, или противостоит исследованию новой активности или мыслей, аналитик спрашивает почему он (аналитик) противостоит прогрессу.

СОПРОТИВЛЕНИЕ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ

К тому времени, когда паттерны препятствующие совместному функционированию станут преобладать в отношениях, первые три категории сопротивления могут быть каким-либо образом разрешены. Пациент продвигается с нормальным рангом отклонений в выполнении положений лечебного контракта. Он приучается свободно говорить и ангажируется в негативном катарсисе без чрезмерного усилия. Перерастая свои тенденции убегать от настоящих реальностей в бесконтрольное прошлое, можно быть уверенным в том что он может возвращаться обратно в памяти без потери ориентации. Он может также, произвольно контролировать выражение враждебности без повреждения себя. В общем, он демонстрирует что способен целенаправленно участвовать в разрешении своих проблем.

Временами, тем не менее, он проявляет старые нарциссические отношения. Он может казаться неосознающим важности вербализации всех своих чувств, отказываться давать информацию или казаться нерасположенным слушать аналитика. Вместо обсуждения того что он испытывает в их взаимодействиях, пациент может концентрироваться исключительно на себе. Он может выражать отношение что разговор – это все что требуется от него. Аналитик должен получать наслаждение от его кооперации, однако зачем давать ему такое удовольствие? Зачем помогать ему делать его работу? На такие отношения можно будет ответить вопросами или интерпретациями.

Когда пациент действительно сотрудничает, он просит сообщений которые должны помочь ему вербализовать спонтанно и открыто непосредственные препятствия к этому. Спонтанные заявления разумно сотрудничающего пациента обычно включают пять тем в сессии: текущая активность; прошлые события; сексуальная жизнь; сновидения и фантазии; и то, что происходит в лечебных взаимоотношениях. Он имеет определенное осознание того, что врач является реальной личностью, а также того, что он пытается сообщить.

СОПРОТИВЛЕНИЕ ОКОНЧАНИЮ

Шизофренический пациент обычно проявляет интенсивную оппозицию мысли о том, что подошло время завершения отношений. Эта категория сопротивления также наблюдается и ранее в лечении, перед временными перерывами в отношениях. Поэтому его предварительно уведомляют заранее до намеченного отпуска терапевта и других запланированных отсутствиях в офисе, и повторно предоставляют возможность вербализовать свои реакции на такие перерывы. Окончание предполагается, поскольку оно должно произойти, к тому же проработка его сопротивления к нему является длительным процессом.

Часто в течение периода завершения, старые проблемы, которые казалось могли быть полностью разрешены в лечении намного раньше, появляются снова. В дополнение к возвращению начальных трудностей, пациент указывает на различные новые, которые не были сообщены до этого. Он может жаловаться на то, что

несмотря на долгие годы работы с аналитиком, ему совсем не помогли – даже если раньше он говорил иначе.

Для того чтобы проверить постоянство поведенческих изменений и толерантность пациента к более тяжелым стрессам привлекается эмоциональная коммуникация. Когда чувства, индуцированные в терапевте поведением пациента, возвращаются к нему, эмоциональный удар конфронтации служит ещё и для того чтобы пробудить, старые паттерны или продемонстрировать что пациент теперь иммунизирован к ситуациям, которые когда-то оказывали токсический эффект на него [107] .

ШАГИ В РАЗРЕШЕНИИ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Узнавание включает идентификацию типа сопротивления, которое ненадолго появляется. Категоризация паттерна является аспектом молчаливого изучения терапевта почему и как сопротивленческое поведение пришло в действие в непосредственной ситуации. Он начинает исследовать его значение в терминах жизненной истории пациента. Врач, на основе своего анализа, решает будет ли паттерн сохранен, будет ли психологически отражен (присоединен), потому что он служит полезной цели в это время, или же будет обескуражен и в конце концов разрешен. Когда выявляется более одного типа сопротивлений, он также определяет порядок в котором они будут проработаны.

Контроль интенсивности (противодействия коммуникации) специально применяется для управления сопротивлением, которое было классифицировано как лечебно-деструктивное, включая фрагментирующие личность паттерны. Интенсивность противодействия, мобилизующего их, прорабатывается, соответственно, при крайней необходимости, для того чтобы аннулировать их непосредственную угрозу отношениям, но паттерны не интерпретируется до тех пор, пока пациент не будет способен модифицировать их.

Вербальные описания привлекают внимание пациента в то время, когда оно было достаточно пробуждено для того чтобы стать демонстрируемым. Пробуждение, будучи первично функцией трансфера, является в определенной степени делом техники, терапевт решает увеличить ли вербальный голод или же специфическая интервенция должна оживить манифестацию. Короткое описание может быть предоставлено для того чтобы помочь пациенту разгрузить свои импульсы подходящим для данного случая образом, посредством этого уменьшая любую давящую потребность, чтобы утилизировать сопротивление. Терапевт не пытается заставить пациента признаться в том что он некооперативен. Если он отрицает это, его взгляд на этот счет принимается. Если он уже уведомлялся об этом, его можно будет спросить о том что он склонен повторять себя в сессии определенным образом.

Вербальное описание трансферного сопротивления обычно коротко и рассчитано по времени на контактное функционирование пациента. Вопрос или замечание которое он делает отражается или присоединяется определенным образом для того чтобы помочь ему говорить о своем резистивном поведении. Терапевт не объясняет почему он привлекает внимание к сопротивлению до тех пор, пока

пациент не совершит достаточного прогресса чтобы вербализовать враждебность комфортно.

Временное разрешение: Пациенту помогают понять источник, историю и настоящее значение повторяющегося паттерна и предоставляют это без ущерба для его психической экономии. Вербальные концептуализации терапевта о его прецедентах помогают пациенту "вчувствоваться" в их защитные аспекты и высказать свои чувства об этом. Ему нет необходимости понимать что происходило.

Техники присоединения и эмоциональные коммуникации используются для того чтобы разрешить преэдиповы формы сопротивления. Интерпретативные техники используются в той степени, в которой они оказываются эффективными в лечении, в терминах облегчения прогрессивной вербализации пациента.

После первого года лечения, объяснения бессознательных механизмов предоставляются – когда пациент отвечает на них – для того чтобы контролировать уровень фрустрации, а не для понимания. Нормальные интерпретации эдиповых проблем даются в более поздних отношениях, когда он находится в состоянии объектного трансфера. Любые преэдиповы паттерны к которым он возвращается в данное время разрешаются посредством процедур, которые устраняли их ранее в лечении.

Постоянное разрешение (тщательная проработка): В процессе временного устранения резистивных паттернов, терапевт развивает различные гипотезы об их источнике, истории и непосредственном значении, однако он не предполагает что они являются валидными. Гипотезы которые, сообщаются снова и снова, интеллектуально и эмоционально во многих различных контекстах, заставляющие пациента отказываться от резистивного поведения повторно, рассматриваются как корректирующие интерпретации. Другими словами, вместо тщательной проработки интерпретации – шиворот навыворот – терапевт тщательно прорабатывает *к* интерпретации. В последствии их валидность обсуждается с пациентом.

Коммуникации предназначенные для того чтобы ослабить патологические защиты и облегчить эмоциональный рост осуществляются на ранних стадиях взаимоотношений. Тем не менее, тщательная проработка на методической основе проводится достаточно глубоко, когда пациент соответственно общается на языке взрослого, демонстрирует истинный интерес в анализирования своих сопротивлений и относится к аналитику как к отдельной личности.

Исследуются вое компоненты трансферного сопротивления и они прорабатывается на всех уровнях. Особого периода, предназначенного для этой цели, не существует; это продолжается на протяжении всего анализа. В конце концов пациенту помогают освободить себя от бессознательного доминирования импульсивных паттернов, которые препятствуют смысловой коммуникации. Ему также помогают сформировать новые паттерны приспособления в аналитической ситуации, если и когда он указывает о том, что он хочет этой помощи.

Развитие вербальных и других действующих паттернов (вне офиса) для соответствующего высвобождения фрустрационной агрессии ведёт к исчезновению лечебно-деструктивнпго сопротивления, включая фрагментирующие личность паттерны. Эмоциональные коммуникации и рефлективные процедуры дренируют другие паттерны удовлетворения и облегчают новые, здоровые идентификации.

Старые нарциссические паттерны остаются в распоряжении пациента, и он бывает склонен возвращаться к ним до тех пор, пока не сможет прочно достичь здорового приспособления к своей текущей жизненной ситуации. Кроме того, они могут освободиться от своей изначальной принудительной силы и ответить достаточно быстро на процедуры, которые разрешали их снова и снова на предыдущих стадиях лечения. Когда пациент поймёт что новые способы поведения, паттернизированные в отношениях, ведут к более приятному и желаемому опыту, и приносят соответствующую безопасность для личности, он станет на якорь для того чтобы жить в реальном мире.

ГЛАВА 8
НАРЦИССИЧЕСКИЙ ТРАНСФЕР

Описания, сделанные в предыдущих главах, касаются сложной трансферной ситуации при лечении шизофрении. Было отмечено что, в отличие от пациента функционирующего на эдиповом уровне развития, патологически нарциссический индивид не всегда относится к аналитику как к отдельной и ясной личности.В свои отношения шизофренический пациент переносит чувства, которые он развивал к самому себе, также как и к другим, в течение первых двух лет жизни. Он может также путать чувства аналитика со своими собственными чувствами. Вкратце, двойной путь эмоционального взаимодействия оживает и сообщается как происходящий в одном месте-психике пациента. Такое взаимодействие, предполагающее повторное переживание эго в процессе формирования, идентифицируется как нарциссический трансфер.

Представленная глава исследует этот концептуальный инструмент сначала в основных рамках трансфера. Задачей аналитика в работе с сопротивлением, переформулированной в терминах терапевтического управления нарциссическим трансфером, является - его индуцирование, разрешение и трансформация в объектный трансфер. Описываются аффекты и ощущения, которые испытывает шизофренический пациент на разных стадиях аналитических взаимоотношений.

В ИСТОРИЧЕСКОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ
ВЗГЛЯДЫ ФРЕЙДА НА ТРАНСФЕР

Открытие трансфера и глубинное понимание его ясно описано Фрейдом. Описывая его вначале как непредвиденную случайность в лечении истерических пациентов катарсическим методом он, в конечном счете, отнес его к бессознательному феномену, действующему во всех человеческих отношениях.

В *Исследованиях Истерии* (1985) трансфер описывается как "ложная связь" материала пациента с личностью врача – "*мезальянсы*", которые регулярно происходили в некоторых случаях и "чрезвычайно досаждали" ему, потому что их разрешение требовало времени и усилий. Тем не менее, он “пришел к выводу что весь процесс следует закону; и я затем отметил также, что трансфер такого рода не вызывает большого дополнения к тому что я мог сделать. ...Пациенты тоже постепенно понимали ...это было вопросом принуждения и иллюзией, которая исчезала с окончанием анализа" [48].

Метафорическое упоминание трансфера как "новых изданий или факсимилей”, вновь появившееся в позднейших обсуждениях трансфера Фрейдом, стало находкой в его постскриптуме (1905) к короткому случаю Доры, которая появилась из-за того что трансфер оказался непреодолимым:

...вся последовательность психологического опыта была оживлена, не как принадлежащая к прошлому, а как обращенная к личности врача в настоящий момент. Некоторые из этих трансферов имели содержание, которое отличалось от содержания их модели в отношении чего бы то ни было, за исключением замещения. Следовательно одни из них ...являются только новыми впечатлениями или репринтами. Другие... не долго будут новыми впечатлениями, однако пересмотренными изданиями.

В этом своём первом систематическом обсуждении трансфера, Фрейд также выражает и объясняет свою оппозицию полному развитию и вербализации негативного трансфера к терапевту: "Если жестокие импульсы и мстительные мотивы ... станут переноситься на врача во время лечения, до того как он будет иметь время отстранить их от себя, отслеживая их обратно к их источникам, тогда не будет удивительным, если состояние пациента окажется не тронутым его терапевтическими усилиями"[34,pp. 115-116].

Объяснения трансфера в терминах принуждения повторять было выдвинуто позднее**.** "*По ту сторону принципа удовольствия*" (1920) содержит первое упоминание Фрейда относительно принудительного повторения как проявления инстинкта смерти. Подобные гипотезы фигурируют в его обсуждении (1937) затянувшегося негативного трансфера в "Анализе конечном и бесконечном".

Окончательное изложение взгляда Фрейда на трансфер в "*Автобиографическом исследовании*" (I925) содержит ясное утверждение его опасений по поводу негативного трансфера, а также имеют место его взгляды на контртрансфер, что будет обсуждаться далее. Его взгляды по этому поводу обширно цитируются ниже:

...Трансфер раскрывается и изолируется только посредством анализа. Являясь универсальным феноменом человеческой психики, он решает успех всего медицинского воздействия и, действительно, преобладает целое от каждого отношения личности к её человеческому окружению.... Когда нет склонности к переносу эмоции такой как эта, или когда он становится полностью негативным, как бывает при dementa praecos или паранойе, тогда также невозможно воздействовать на пациента психологическими методами.

Здесь еще раз Фрейд выдает свою мысль о том [cf.49] что негативный трансфер аннулирует возможность терапевтического результата. Тем не менее, эффективное лечение шизофренического пациента невозможно, если аналитик отделяет негативный трансфер от себя. Использование себя таким образом мешает полному развитию негативного трансфера, который необходим для разрешения

препятствий к вербальному высвобождению агрессивных импульсов (негативного трансферного сопротивления).

Цитируя далее:

Совершенно верно что психоанализ, подобно другим психотерапевтическим методам, использует инструмент внушения (или трансфер). Однако... в анализе ему не дозволено играть решающую роль в определении терапевтических результатов. Он используется вместо того чтобы индуцировать пациента исполнить часть психической работы - преодоления его трансферных сопротивлений - которые вызывают постоянное повреждение его психической экономии. Трансфер делается сознательным для пациента аналитиком, и он разрешается убеждением его в том, что в своем трансферным отношении он *переживает* эмоциональные отношения, которые имеют свой источник в его ранних объектных привязанностях... [31,pp. 42-43].

Использование этой теории ведет к неудаче с шизофреническим пациентом. Ключом к его выздоровлению является не "убеждение" его в генетических прецедентах негативных чувств, которые он привязал к терапевту, а анализ его сопротивления к их выражению,

Управление трансфером, продолжает Фрейд, "остается более трудной, так же как и более важной, частью техники анализа". Сегодня это также верно как и в I925 году. Тем не менее, решающим элементом этой задачи при лечении шизофрении, как уже было замечено, является терапевтическое управление негативным нарциссическим трансфером.

Другой пассаж откликается, но со значительными изменениями, объяснением Фрейда неудовлетворительных результатов в анализе психотических пациентов. Сутью проблемы, как повторно заявлялось в 1925 году, является то, что они, "как правило, не способны формировать *позитивный* трансфер." [Курсив автора]. Элементом позитивного трансфера, чьё отсутствии он рассматривал как наиболее беспокоящее, был такой раппорт или "благоразумная" и целенаправленная кооперация, подразумеваемая в понятии терапевтический альянс. Тем не менее, продолжает Фрейд, имеется

...число методов подхода, которые еще будут открыты. Трансфер часто не настолько отсутствует, чтобы его нельзя было использовать в определенной степени; и анализ достиг несомненных успехов с циклическими депрессиями, лёгкими паранойяльными изменениями, и парциальными шизофрениями. По крайней мере он может быть полезен для науки, которая во многих случаях постановки диагноза может достаточно долго колебаться между предполагаемым психоневрозом и demanta praecox; у терапевтических попыток, предпринятые в таких случаях, результатом могут стать ценные открытия, прежде чем они будут прерваны [3,p.60][13].

[13] Допущение, в том смысле, что лечебная способность зависит от диагноза меньше, чем от способности аналитика работать эффективно с индивидуальным пациентом.

Интересным, также, в представленном контексте является утверждение Фрейда (1917) о том что страдающие от нарциссических неврозов отвергают терапевта "не с враждебностью, а с безразличием" [37,27th lecture]. Он не связывал безразличие с облитерацией позитивных негативными чувствами.

Federn, который идентифицирует себя как "одного из первых, кто противостоял догме "отсутствия трансфера" в психозе, комментировал развитие взглядов Фрейда на трансфер. На основе разговоров с ним в поздние годы его жизни, Federn пишет (1943):

Трансфер необходим для того чтобы переместить объектные привязанности от бессознательного к психоаналитику... Отсутствие трансфера у невротиков было неведомо Фрейду, поэтому он подозревал скрытый психоз, когда такое отсутствие было замечено... Позднее Фрейд сам обнаружил что нарциссический тип вложения либидо дает основание для агрессии и независимости, и такой тип может отвергать любой трансфер посредством чрезмерной гордости и злости, Некоторые аналитики намного более способны чем Фрейд провоцировать подобного рода сопротивление. W. Reich называл это "нарциссическим панцирем" ,который должен быть разрушен перед тем как мог быть установлен позитивный трансфер [22,p.136].

Специфические рекомендации по управлению трансфером, которые уместны в лечении шизофренического пациента обоснованы в эссе по технике. Фрейд предполагал (1913) что "пока пациент продолжает беспрепятственно произносит мысли и идеи приходящие ему на ум, тема трансфера должна оставаться неприкосновенной"[42]. Он также рекомендовал чтобы первые объяснения аналитика удерживались до тех пор, пока не разовьётся "мощный" трансфер [42]. Также, полезным является его наблюдение что "слишком интимное" отношение со стороны аналитика "освобождает" от трансферных трудностей [55].

ДРУГИЕ ВЗГЛЯДЫ

Ища за пределами обычных объяснений трансфера в терминах внушения, принудительного повторения, перемещения и т.п., большинство теоретиков пытаются объяснить феномен на рациональной основе. Мнение о том, что он удовлетворяет потребность или выполняет восстановительную функцию разрабатывалось различными путями. Michael Balint (1952,) концептуализировал трансфер как “новое начинание”. Некоторые пациенты, пишет он,

"регрессируют к примитивным стадиям в своём развитии для того чтобы начать процесс адаптации заново... Примитивные, недифференцированные состояния являются эластичными, допускающими новую адаптацию в различных направлениях.... если радикально новая адаптация станет необходимой, высоко дифференцированная организация должна быть редуцированна к своей примитивной недифференцированной форме, от которой тогда может осуществиться начинание [8].

Daniel Lagache (I953) обосновал свою формулировку на открытии B.Zeigarnik, экспериментального психолога, о том что напряжение, мотивирующее задачу, остается после её неудачного выполнения. Трансфер, согласно Lagache, представляет собой "активацию нерешенного конфликта; повреждение для нарциссических побуждений ...является не только основанием для защиты, оно вызывает бессознательный ответ для репарации". Это, по его мнению, является главной функцией трансфера [77].

Разрабатывая функцию осуществления потребности различных трансферных состояний, в *"Трансфере и пробной адаптации"*, Joost A.M. Meerloo и Marie Colemar Nelson (1965) ссылаются на негативный трансфер как на “поиск пациента с целью овладения негативными чувствами". Потребность повторять отношения детства вовлекается в нарциссический трансфер. Один из тяжелых паттернов эти авторы связывают с имеющимся страхом потери контроля. Он предполагает что регрессия к инфантильному психологическому состоянию "может быть понята как самоналоженный контроль против разрядки аккумулированной в течение жизни ярости". Пациент опасается что "независимые выражения" аналитика могут запустить реакции ярости. С другой стороны, когда аналитик "отражает только то, что пациент выражает (поддерживает защиту), пациент чувствует что ситуация будет безопасной и медленно учится выносить взаимодействие с потенциально несходной личностью" [77].

Описания таких пациентов, которые в состоянии негативного трансфера отвечали на аналитическое воздействие требует допущения что формирование и сохранение позитивных трансферных отношений было нежелательным для эффективного лечения. В одном из ранних объяснений обоих аспектов трансфера у шизофренических пациентов, Melanie Klein (I952) выразила взгляд о том что трансфер возникает в объектных отношениях первого года жизни, и отражает наличие враждебности также как и любви – "механизмов, тревог и защит, действующих в раннем детстве". Поскольку каждый аспект нескольких личностей в жизни ребенка может репрезентировать другой объект, аналитик может понимать аспект также, как и личность его репрезентирующую, которая в данный момент может являться "частью собственной личности (seff), суперэго; или чего-либо ещё, из широкого ранга интернализованных фигур". Согласно Mrs. Klein анализ негативного трансфера является "предпосылкой" для анализирования более глубоких слоев психики, и также необходим как анализирование позитивного трансфера у всех пациентов[73].

Dexter M.Bullard (1960) советует не пытаться устанавливать позитивный трансфер, когда начато лечение пациента, который редко испытывал "тёплые и неусложненные” межперсональные отношения. Подход, "который допускает что он имел этот опыт, обречен на провал", согласно Bullard`у [14].

Среди других, кто выражает сходные взгляды, L.Bryce Boyer (1967) пишет:

Шизофреник ужасается потенциальной деструктивностью своих импульсов, и когда появление ненависти к прежде любимым объектам застает его врасплох, он начинает думать, что терапевт боится своей собственной враждебности или враждебности пациента [13,p.166].

ПОЯВЛЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ

Эволюционное развитие трансферных отношений с шизофреническим пациентом освещено в работах Nunberg`a и Hendrick`a, упоминавшихся выше (Глава 2). Манифестации нарциссического трансфера (ещё не концептуализированного как такового) и объектного трансфера описаны в обоих отчетах. Пациент Nunberg`a вначале "совершил наиболее полную нарциссическую идентификацию" с аналитиком, а позднее привязал к нему чувства, которые пациент испытывал к своему отцу [84]. Молодая девушка, анализированная Hendrick`ом, постепенно перешла от начального отношения безразличия к интенсивному объектному трансферу [112].

Leo Stone (1954) описывает работу с молодой шизофреничкой-кормилицей, которая лечилась на амбулаторной основе в его ранней практике, и "после нескольких лет анализа, оставила свои частые и характерные суицидальные угрозы для того чтобы убить меня"[112].

Federn (1936) комментирует появление смешанных трансферных состояний:

Часто имеются несколько инфантильных эго-состояний, существующих факультативно в то же самое время; они должны быть признаны для того чтобы кто-нибудь смог установить контакт с ними, как это делают с ребенком. Большинство новых... стадий и содержаний теряют свой нарциссический катексис частично, или даже полностью... Оба: объектный либидный и нарциссический катексис переносятся в различных пропорциях; позднее, в большинстве случаев, через возобновление ранних идентификаций [22,p.327n]

РАННЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРМИНА

Robert Waelder ввел в использование "нарциссический трансфер" как технический термин в 1924 году. Он предложил метод лечения, ориентированный на сублимацию нарциссизма, и описал случай, в котором трансфер такого рода оказался успешным для поддержания взаимоотношений [ll3].

Ссылаясь на теорию Waelder`a, L.Pierce Clark (1926) описал "фантазийный метод" анализирования нарциссических неврозов. При отсутствии обычного трансферного рычага, можно вести лечение с "сознательной волей и нарциссическим трансфером". Clark охарактеризовал такой трансфер как "материнский тип", контрастируя его с "любовным" типом, который развивается при трансферных неврозах. Переплетения в "эмоциональных чувствах инфантильной жизни", которые пациент сначала может рассматривать как актуальные воспоминания, на самом деле являются аутоморфическими ретропроекциями, имеющими всю аффективную ценность инфантильных воспоминаний" [16].

"Нарциссический трансфер мошенника" так называлась статья August`a Aichhorn`a (1936), которую Анна Фрейд резюмировала в её посмертном некрологе автору *"Своенравного юноши"* в 1951 году. Он смог терапевтически воздействовать на юного делинквента, который не мог сформировать значимые объектные отношения иначе как через "разлив нарциссического либидо", описывал Aichorn когда он представлял себя как "прославленную копию делинквентного эго и эго-

идеала пациента"[29]. Вероятно, это является первым описанием эго-синтонного трансферного объекта.

Robert Back был ещё одним защитником такого функционирования. Он утверждал (1943) что терапевт должен "репрезентировать нарциссический объект, выступая как часть пациента"[7].

Среди других отдельных статей по нарциссическому трансферу в работах, опубликованных в 1930 - 1940 г.г. были публикации Max`a Stern`a и Franza Cohn`a. Stern (I938) дал особые рекомендации для работы с пациентами, которые представляют "болезненно искаженные нарциссические трансферные реакции" [111]. Cohn описал рудиментарные и примитивные трансферные проявления. Особый интерес вызвало его наблюдение, что пациент временами "обращается к аналитику, когда он говорит о самом себе и наоборот"[17].

Herbert Rosenfeld описывал (1952), что особый тип объектных отношений развивался во всех его случаях шизофрении, которые он лечил: "Поскольку шизофреник приближает *любые* объекты в любви или ненависти, то кажется что он начинает смешиваться с этими объектами"[93].В другой публикации того же года [95J он писал: "Таким же образом как трансферный невроз развивается у невротика, так и в анализе психотиков развивается то, что может быть названо "трансферным психозом".В более поздней публикации (I964), Rosenfeld описал "признаки нарциссического трансфера" у пациента, который не проявлял знаков психоза[94].

Обобщая личный опыт и наблюдения описанные другими исследователями, Leo Stone детально разработал тему нарциссизма и трансфера на собрании Нью-Йоркской Психоаналитической Ассоциации в 1954 году:

Может показаться, что концепция нарциссической неспособности к развитию трансфера остаётся до некоторой степени на терминологически исторической основе, Для неё верно что изначальная трансферная любовь истерика или трансферный страх и агрессия инцестного комплекса отличаются от примитивного феномена нарциссического трансфера, хотя все градации между ними могут иметь место.... ....кажется присутствует абсолютный страх в своей примитивной интенсивности, который заставляет некоторых пациентов оставаться обособленными. У других пациентов утонченная, но проницательная отчужденность, скрытность или высокомерность может играть такую же роль.... В этих многих примерах, где трансфер разрушился совершенно, могут появиться ненасытные требования; или потребность контролировать или чрезмерно тиранизировать терапевта; или может иметь место недостаточность полярной альтернативы – быть полностью послушным, покорным, пассивным, выполнять то, что говорят, или, действительно, могут быть сделаны любые вещи, любой симптом может появиться или исчезнуть; или же трансфер может стать буквально "нарциссическим", т.е. терапевт смешивается с собой, или становится подобным себе (пациенту-прим.перев.) во всех отношениях; ...или терапевт и пациент – альтернативно – становятся, в результате, частями друг друга. Часто встречается крайние амбивалентности одновременного ненасытного требования и деструктивного уничтожения. В фантазии о всемогуществе аналитика ... это может быть моим впечатлением, что чувство вины по поводу примитивной деструктивной

агрессивности играет важную роль,... Можно сказать в оправдание трансферного психоза то, что он является все еще жизнеспособным вариантом трансферного невроза в его крайних формах[112].

Tomas Freeman (1963) в обсуждении патологического нарциссизма при шизофренических состояниях представил некоторые интересные данные из случая, в котором "интенсивный позитивный" нарциссический трансфер привёл к трудно поддающемуся лечению "сопротивлению идеализации". Пациентка, молодая девушка, свободно обсуждала враждебность её матери, но в "новой версии" инфантильной сепарационной травмы, она "безопасно интернализовала обоих: терапевта и садистические фантазии, которые были направлены против него". В её слуховых галлюцинациях аналитик увещевательно разговаривал с ней. Она думала, что раздражала его, и что он, в свою очередь, сговорился с хозяйкой квартиры чтобы изводить её. Обсуждение этих персекуторных мыслей оказалось терапевтичным, но, в конце концов, пациентка развила "полностью развернувшийся иллюзорный комплекс". Она чувствовала, что терапевт имеет сексуальные чувства, в то время, когда она сама испытывала их, что он был расстроен и плакал вместе с ней, когда она была расстроена [2б]. Они не являлись необычным нарциссическим феноменом.

РОДСТВЕННЫЕ ТЕРМИНЫ

Достаточно часто аналитики использовали такие термины, как трансферный психоз или психотический трансфер для того чтобы показать, что психотические проявления, в терминах поведения и мышления, относятся к трансферу. Robert Wallerstein (I967) был одним из тех, кто описывал преходящее вторжение такого феномена в трансферный невроз [II4]. Сообщения о том, что мимолётные психотические реакции могут быть преципитированы трансфером даже у пациентов так называемого нормального ранга являются менее подходящими для этого обсуждения, чем весомая очевидность психотических манифестаций при лечении пациентов с острыми и хроническими шизофреническими состояниями.

Harold Searles (1963) определил трансферный психоз как "любой тип трансфера, который искажает или предупреждает отношения между пациентом и терапевтом как двумя отдельными, живыми, человеческими и здоровыми существами." Его клинические данные, полученны из его работы с госпитализированными шизофреническими пациентами. Searles идентифицирует трансферный психоз с (I) "трансферными ситуациями, в которых терапевт чувствует, что не имеет отношение к пациенту"; (2) ситуациями, характеризующимися четко очерченнымими отношениями, но которые терапевт чувствует "глубоко амбивалентными"; (3)трансферными ситуациями, характеризуующимися усилиями пациента дополнить личность терапевта или помочь ему начать устанавливаться как "отдельной и цельной личности"; и (4) ситуациями, в которых пациент амбивалентно пытается "увековечить символические взаимоотношение" и, посредством садистического или кастрационного уничтожения усилий терапевта, выразить "решимость быть отдельно мыслящим и в других отношениях отдельно функционирующим индивидом"[99].

Margaret Little (1958) ввела аналогичное понятие. Она описала трансферное состояние в котором аналитик "*является*, в абсолютном смысле,... обоими: идеализированными родителями и их оппозицией, или даже, родителями обожествленными и дъяволизированньми, а также собой (пациентом-прим.перев.), обожествленным и дьяволиэированным" [75]. Она концептуализировала это как иллюзорный трансфер.

ОСНОВНЫЕ ВЛОЖЕНИЯ В ТЕХНИКУ

ТРАНСФЕРНЫЙ КОНФЛИКТ

Желательно подходить к нарциссическому трансферу не как к иллюзии или анахронизму, а лучше как к бессознательной попытке пациента открыть основные созревающие потребности для объектов, которые не были удовлетворены на протяжении его развития. Эти потребности пробуждают импульсы, чувства, мысли и воспоминания. Имеется их привязанность к настоящему трансферному объекту, что делает возможным освободить его от их патологического воздействия. Предполагается что имелась наиболее травматичная раняя ситуация, в которой шизофреническая реакция была паттернизирована; а наивысшая интенсивность трансфера требовалась для того чтобы повторить и овладеть такой ситуацией.

Через проводника нарциссического трансфера шизофренический пациент пытается освободить себя от повреждающих объектных впечатлений, которые были эготизированы во время первых двух лет жизни. Пациент переоценивает нарциссические объектные имаго из-за потребности, но испытывает их как чрезмерно фрустрирующие. Побуждения удержать их сражаются с побуждениями искоренить их из психики. Таково мне понимание трансферного конфликта.

КОНТИНУУМ

Наблюдаемые трансферные феномены, в более широком обозрении, выступают как континуум сходных по-существу реакции, отражающих количество неразряженной фрустрационной агрессии, мобилизованной у шизофренического пациента. Затрагиваемый ранний период взаимоотношений вызывал большую опасность что эго может быть разрушено мобилизованной фрустрационной агрессией, которая заблокирована от разрядки. В клинической картине, описываемой как трансферный психоз, нарциссические объектные имаго – ядро эго – выступают для того чтобы погибнуть от этой опасности. Мобилизация агрессивного давления для разрядки, у пациентов с менее тяжелыми нарушениями, отражается в полном развитии нарциссического трансфера, т.е. состояния, в котором трансферный объект переживается как несуществующий, или как часть психики. При более легких состояниях аналитик воспринимается как существующий вне пациента, но подобный ему, или как отдельный и чёткий объект.

Знание этого континуума трансферных состояний, ранжированных от трансферного психоза до объектного трансфера, является клинической помощью в определении границ любого случая, продвигающегося в терапевтическом направлении. Трансферный психоз, как охарактеризовал его Searles, может наблюдаться у амбулаторных шизофренических пациентов; его ключи равным образом применимы к трансферным ситуациям, которые развиваются в этих

случаях. Однако, психотические манифестации, которые *недавно* присоединились к трансферу пациента в офисном лечении, являются показателем регрессивного движения в лечении. Когда амбулаторному пациенту помогают постепенно вновь пережить неудачу созревания на том уровне развития, на котором она произошла, его продвижение колеблется как назад, так и вперед. Тем не менее, если он совершает существенный прогресс, он заметно становится всё более и более ориентированным к реальности. Нарциссический трансфер медленно прокладывает путь объектному трансферу.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Теория классической техники ставит своё ударение на дефективном суперэго или эго-имаго, которые изначально воспринимались более менее ясно в объектном поле психики. С этими паттернами относительно легко работать; они выступают как элементы объектного трансфера. Дефективными объектными впечатлениями, которые воспринимались в эго-поле в течение первых двух лет жизни – решающие имаго при шизофрении – невозможно овладеть подобным образом. Вначале они действуют как сопротивление, когда пациент находится в состоянии нарциссического трансфера. Разрешение нарциссического трансфера вызывает, в определенном смысле, реверсию процесса, посредством которого они были эготизированы. С их "возвращением" в объектное поле психики, они становятся элементами объектного трансфера.

По-видимому, признание нарциссического трансфера как концептуального инструмента, в такой же мере как и понимание его поведенческих аспектов, может быть неясным из-за его главных характеристик. Часто, шизофренический пациент в этом состоянии, после кажущегося отсутствия эмоций, может внезапно испытать огромную тревогу. В дополнение к его обманчивым качествам, нарциссический трансфер может провоцировать тревогу. Чувства, которые он индуцирует у терапевта будут обсуждаться дальше.

Способность пациента переносить чувства на терапевта, как на отдельную личность, варьирует от случая к случаю, обратным образом отражая тяжесть его расстройства. Трансфер никогда не является "чисто" нарциссическим. Однако, медленное развитие максимального нарциссического трансфера оказывается в фокусе, если лечение начато для того чтобы разрешить нуклеарную проблему. Амбулаторному пациенту помогают повторно пережить эмоциональный заряд его ранних объектных отношений без значительного повреждения его непосредственного функционирования. Нарциссическим трансфером обычно овладевают от шести месяцев до двух лет, чтобы достичь его наивысшей точки.

В течение этого периода могут возникать ситуации, когда нужно работать с объект-трансферными паттернами, особенно с сопротивлением к вербализации враждебности. В принципе, тем не менее, нарциссически-трансферное сопротивление прорабатывается с большей необходимостью. Любое существование объектного трансфера сохраняется столько, сколько это необходимо, потому что он является источником решающего воздействия аналитика.

Когда пациент успешно приучается тормозить действие, а лечебно-деструктивные сопротивления временно аннулируются, основным препятствием,

которое он ставит на пути аналитического прогресса в течение формирующей стадии взаимоотношений, становится молчание, которое, очевидно, не является частью процессов самовладения как такие нарциссические активности как курение и дремота, а также размышляющие (ruminative) монологи. В той степени, в которой он отрицает реальность интеперсональных взаимоотношений, временами бывает трудно обнаружить какую-либо нотку прогресса в его ранних коммуникациях. В этом смысле состояние нарциссического трансфера неизменно служит функции сопротивления. Тем не менее, примитивные коммуникации per se не рассматриваются как сопротивление. До тех пор, пока пациент полностью блокирован или просто снова и снова повторяет одни и те же мысли и чувства, нет смысла вмешиваться.

Интересным в этой связи является факт, что когда терапевт фокусируется на нарциссических паттернах пациента и соответственно работает чтобы помочь ему вербализовать фрустрационное напряжение, феномены объектного трансфера становятся более заметными. Всё же они менее четкие чем в случае психоневроза. Шизофренический пациент часто возвращается к своим крайне нарциссическим паттернам сопротивления. Терапевту, в таких случаях, приходится возвращаться к техникам, которые ранее обеспечивали эффект в лечении. В конечном счете, трансферы пациента пробуждаются посредством его эмоционального восприятия терапевта как родительской трансферной фигуры.

В основном, трансферные взаимоотношения с шизофреническим пациентом характеризуются периодами, во время которых пациент выражает, более или менее прогрессивно, собственную самопоглощенность или растущую поглощенность аналитиком, а также случайными промежутками агрессивного катарсиса когда непосредственное сопротивление к вербализации враждебности временно разрешается.

Разделы, которые следуют далее, иллюстрируют трансферные реакции пациента и детальные принципы, лежащие в основе управления трансфером, на успешных стадиях взаимоотношений.

НАРЦИССИЧЕСКИИ ТРАНСФЕР (РАННЯЯ СТАДИЯ)

САМОПОГЛОЩЕННОТЬ ПАЦИЕНТА

Когда шизофренический пациент начинает говорить, он может становиться несколько встревоженным. Все же, обычно он мало осознает, из того, что он чувствует. Вскоре его начинает поглощать функционирование его собственного тела, и он может описывать неприятные ощущения связанные с дыханием, зрением, слухом и т.п. Когда он свободно рассказывает о своих настоящих проблемах, он склонен становиться беспокойном и ажитированным. Он может сказать однажды что остался в лечении только потому, что без него ему было бы ещё хуже.

Любая тревога которая у него была в начале лечения, вскоре начинает растворятся в чувстве замешательства, странности, пустоты, мертвенности, и безнадежности по поводу улучшения. Также, он может выражать сомнение в том что он "реально" существует. Порождаемые фантазии или сексуальная поглощенность могут описываться без видимых эмоций.

Чем более он регрессирует, тем более трудно идентифицировать ранние трансферные реакции. Из-за хорошо известной уплощенности аффекта пациента, воздействие аналитика кажется нулевым. Тяжело нарушенная личность может действительно вербализовать чувство что аналитика не существует. Некоторые пациенты, обсуждавшие такое впечатление ретроспективно, вспоминали что они испытывали сильное желание услышать несколько слов от терапевта, даже когда они не чувствовали что он находится в комнате. Пациенты, страдающие тяжелыми депрессиями, описывали сходные впечатления.

Отношение что терапевта не существует является одним из нескольких типов пре-эго чувств, которые могут пробуждаться у патологически нарциссической личности. Оно напоминает функционирование в безобъектной фазе жизни. К трансферному объекту, также, может быть отношение как к части себя; как к отдельному от себя, но психологическому двойнику; как к части себя, по отличной**.** **Э**ти примитивные эмоциональные отношения упоминались в порядке их значения для эволюции нарциссического трансфера. Тяжело нарушенный индивид может пройти через все эти стадии, прежде чем станет относиться к аналитику как к отдельной и другой личности.

Вначале нарциссический трансфер может иметь внутриматочные качества. Тем не менее, оральные и анальные элементы будут преобладать. Появление фаллических качеств сигнализирует о возникновении объектного трансфера.

ОБЪЕКТИФИКАЦИЯ ЭГО

Когда развивается нарциссический трансфер, шизофренический пациент начинает обнаруживать базовый объектный голодной личности. Тип аудиенции, который помогает ему высказывать свои болезненные чувства с наименьшим давлением на его уязвимое эго, был описан Michael`om Balint`om: "Аналитик не должен быть уверен в своей правоте... действительно нет четко контурированного объекта в целом; однако, (он-прим.перев.) должен сливаться настолько полно, насколько это возможно в дружеское пространство, окружающее пациента [9, p.97]. Пациенту хочется и необходимо иметь отношения с эго-синтонным объектом. Аналитик служит таким объектом, когда он использует принципы, обсуждавшиеся в предыдущей главе, для работы с сопротивлением. Кратко резюмируем: Для того чтобы облегчить развитие нарциссического трансфера, аналитик вмешивается чтобы работать с сопротивлением только в степени, необходимой для сохранения взаимоотношений. Контактное функционирование пациента отражается определённым образом и, когда он не просит каких-либо коммуникаций в течение сессии, ему задают один -два объект-ориентированных вопроса, чтобы предотвратить защитную регрессию. Ему помогают – недирективно – быстро вербализовать своё фрустрационное напряжение и приучают ингибировать действие.

Повторное отражение контактного функционирования пациента служит для передачи ему сообщения: Прекрати атаковать себя своими враждебными чувствами присоедини их ко мне.

Перенос остатка нарушенных чувств, испытанных пациентом в ранних эго-состояниях, выполняется так быстро, как это возможно, и неповреждающим образом, когда аналитик вмешивается, имея в виду следующие цели:

1. Позволить любому отношению, выражаемому пациентом, стать некорректным.
2. Использовать отношение пациента как основу для исследования объекта. Пациента поощряют вербализовать свои впечатления о терапевте, но его любопытства не удовлетворяют.
3. Поощрять пациента концентрироваться на внешней реальности, вместо того чтобы он обдумывал и ощущал – свой собственный паттерн. Его источник может быть обнаружен и обычно для этого привлекается объект.
4. Исследовать характерную поглощенность пациента, особенно его беспокойства о себе, когда он хочет обсудить это. Вместо того, чтобы предоставлять требуемую информацию, его спрашивают почему он хочет чтобы терапевт предоставил её ему.
5. Устранить, насколько это возможно, давление с его эго и переместить его на объект. Впечатление, выражаемое аналитиком, заключается в следующем: с пациентом нет ничего действительно страшного, за исключением лишь факта что он не был обучен соответствующим образом. Несомненно, он может быть переучен; вопрос лишь в том, является ли представленный объект адекватным для выполнения этой задачи. Исследуются взгляды пациента на компетенцию аналитика.

Другими словами, пациенту помогают относиться к аналитику как к объекту, подобному его эго, кого он может ненавидеть и любить, как он ненавидит и любит сам себя. Дефективное эго экстернализуется так, чтобы его можно было анализировать, как только оно станет существовать в трансферном объекте. Этот процесс концептуализирован как объектификация эго.

НАРЦИССИЧЕСКИИ ТРАНСФЕР (ПОЛНОЕ РАЗВИТИЕ)

ПАЦИЕНТ

Пациент часто поглощается аутоэротическими чувствами. Он может упоминать о мучительных ощущениях в различных частях его тела. Соматические галлюцинации могут интенсифицироваться и становиться более диффузными. Пациент может чувствовать что его тело радикально меняется, что оно парализовано, что оно разваливается на части или отделено от его психики.

1. Он может ощущать себя как живущего во сне.

2. Он может чувствовать что люди пристально смотрят на него везде, где бы он ни был.

3. Его психический дискомфорт может пугать его. Он может выбежать из офиса в середине сессии, хлопнув за собой дверью. Иногда он возвращается спустя несколько минут.

4. Его отношение крайне подозрительное. Он вынужден оставаться настороже в потенциально угрожающем окружении.

5. Пациент может чувствовать что существует "всегда я, я, я", что можно объяснить тем, что у него нет источника любви или удовлетворения вне его самого.

6. Он может чувствовать себя барахтающимся в словах, которые не имеют смысла.

7. Временами он чувствует себя наивысшим и наисильнейшим человеческим существом; а временами - ничтожеством.

8. Он часто ощущает что то, что он говорит является "неправильным" или не тем, что он хотел сказать.

9. Может неоднократно выражаться эмоциональная убеждённость в том, что его собственная "гнилая самость" полностью ответственна за его психическую пытку. Он чувствует беспомощность и имеет маленькую, если вообще имеет какую-либо надежду что что-то можно будет сделать для него.

10. Говоря о своих деструктивных побуждениях, он чувствует принуждение совершить их.

11. Он уверен что с ним что-то не так, когда он испытывает тревогу, напряжение или ярость. Он обеспокоен тем, что может "ударить себя".

12.. Он борется со скрытыми мыслями совершить суицид или убийство, потому что они смущают и ужасают его.

ДЕ-ЭГОТИЗАЦИЯ ОБЪЕКТА

При полном развитии нарциссического трансфера, остаток нарушенных чувств, испытанных пациентом в процессе эго-формирования, пробуждается в аналитических отношениях, Он переносит на аналитика свои собственные чувства первых двух лет жизни. Некоторые из них, вероятно, являются токсичными чувствами, связанными с чрезмерным торможением его импульсов; имеются, также, чувства грандиозности, связанные с инфантильными фантазиями о состоянии полного удовлетворения. Кроме того, переносятся объектные впечатления, которые переместились в эго-поле посредством таких ранних индификаторных процессов как очаровывание [4,p.37], интроекция и имитация. Экстернализацию этих чувств можно рассматривать как объектификацию эго.

Де-эготизация объекта действительно является подобным процессом, рассмотренным в терминах психического функционирования пациента. Сортировка недифференцированных чувств, которые являются обьектифицированными, помогает пациенту де-эготизировать ранние объектные репрезентации. Когда они переместятся обратно в объектное поле, он начнёт всё больше и больше относиться к трансферному объекту как ко внешней и отличающейся от себя личности. Другими словами, объектифицированные чувства станут элементами объектного трансфера.

С тех пор как дефективные объектные имаго переместились а эго-поле, ребенок испытывал огромный дискомфорт. С этими чувствами относительно легко работать, если они, в конце концов, оказались спроецированными на объект; в этом случае они легко приписываются терапевту. Если, с другой стороны, искаженные впечатления остаются в эго-поле, с ними можно будет работать с помощью техник присоединения (Глава 10).

КОЛЕБАНИЯ ТРАНСФЕРНЫХ СОСТОЯНИЙ

ПАЦИЕНТ

I. Пациента может беспокоить то, что он надоедает аналитику или расстраивает его.

2 Мысли о том что аналитик не любит или не уважает его стимулируют чувства полного отвержения у пациента.

3. Когда он рассказывает о секретах "виновности" или перверсных фантазиях, он может чувствовать что предаёт себя или впутывает других.

4. Пациент чувствует мучение и уныние, все более и более убеждаясь что аналитик ничего не может сделать для него.

5. Хотя он и хочет нравиться аналитику, пациент может достаточно сильно не нравиться ему и чувствовать что аналитик индифферентен к этим чувствам - точно "разум" или "логическая часть машины" в человеческом облике.

6. Выходя внезапно из состояния бесчувственности (non-feeling), пациент может эксплозивно реагировать на вопрос или слово, произнесенные аналитиком.

7. Когда он чувствует враждебность к аналитику, пациент пытается ненавидеть самого себя.

8. Временами пациент признаёт, что аналитический процесс является таким фактором в пережитых им мыслях, чувствах и воспоминаниях, которого он лучше бы не осознавал и не выражал в словах.

9. Он не хочет вовлекать аналитика лично в эту невыносимую ситуацию и пытается скрывать желания атаковать его.

10. Пациент боится что, если он обнаружит свою враждебность, отношения могут прерваться.

11. Пациент чувствует что он ненавидит каждого.

12. Временами ему кажется, что он оставляет лечение что бы доказать, что он был прав, а аналитик ошибался.

13. Когда он вспыхивает в ярости чтобы заставить аналитика разговаривать с ним, открытие, что вербальная экспрессия его враждебности приносит ему большее спокойствие, часто удивляет его.

14. Пациент может бояться что он ненормален, когда он испытывает гомосексуальные чувства.

15. Когда он начинает погружаться в гетеросексуальные фантазии, он может сказать что, говоря о них, он чувствует что ведет себя подобно "уличному коту".

16. Временами он подозревает что терапевт пытается манипулировать им или контролировать его. Хотя пациент может утаивать эти зловредные впечатления, он часто представляет себе как он "разбивает вдребезги" предметы в кабинете или “швыряет” их в терапевта.

РЕКОНСТРУКЦИЯ

Пациент не имеет действительного воспоминания о событиях своих ранних лет, и не уверен, являются ли какие-либо из впечатлений об этом периоде чем-то другим, нежели искажениями или ретроспективными фантазиями, Объектные отношения, восстановленные в нарциссическом трансфере, сначала не воспринимаются как таковые, и их очень трудно понять. Определенные следы памяти могут быть обнаружены, когда его трансферное сопротивление психологически отражается. Другими источниками информации являются его сновидения, вербальные образы, фантазии, отыгрывание вовнутрь и отыгрывание вовне поведения. Тем не менее, картина психических событий его детства, в

большинстве случаев, неясна. Высокие концентрации яростных побуждений, которые он привязывал к своим ранним объектам, включая часть-объекты (part-objects) и себя (seff), репрессируются вне сознательного припоминания. Соответственно, реконструкция эмоциональных ситуаций, в которых шизофреническая реакция была паттернизирована, является главным аспектом разрешения нарциссического трансфера.

Реконструкция целого комплекса преэдипова опыта является более трудоемкой задачей, чем интерпретация того или иного элемента материала; и целесообразность (даже возможность) такой попытки до сих пор еще является спорной. И все же, преэдиповы конструкции могут быть развиты, если только не торопиться. Они не развиваются в интересах "досконального анализа", и не сообщаются пациенту в ошибочной надежде извлечь воспоминания объективных событий. С точки зрения терапии, воспоминание событий per se не важно. Реконструкция привлекается для того чтобы помочь пациенту артикулировать впечатления полученные сенсомоторной сферой в детстве, которые препятствуют личностному созреванию[14]. Их вербализация, как свежевоспринимаемая взрослой психикой и заново произносимая на языке взрослого, является решающей для личностной интеграции - то есть, ассимиляция превербальных впечатлений с последующим опытом.

Реконструкция обычно выполняется в теоретических рамках трансфера, а развиваемые конструкты сообщаются как вопросы, гипотезы или интерпретации. Но в реконструкции внутренних реальностей недифференцированного периода, чувства, индуцированные в терапевте трансферными реакциями пациента, вносят дополнительные – временами совершенно необходимые ключи - к пониманию ранней эмоциональной истории. (Использование индуцированных чувств, классифицированных согласно контртрансферу, обсуждается в следующей главе.) Кроме того, в анализе шизофренического пациента, постановка вопросов играет большую роль, чем интерпретации в развитии и сообщении конструктов. Они скорее являются местом соединения аналитической активности, чем источником предположений аналитика. Аналитик задаёт вопросы и пациент задаёт вопросы в этом обоюдо-опрашивающем процессе, конструкты недирективно предлагаются тем или другим. Часто они исследуются кооперативно.

Конструкты, развиваемые подобным образом, помогают пациенту вербализовать его впечатления об изначальной эмоциональной ситуации с ощущением убеждённости. Изменения в чувствах и новые действия, впоследствии становящиеся паттерном, свидетельствуют о ценности конструкций. Хотя, по моему мнению, попытки валидизировать действительные события детства приводят к их отклонению, имеются примеры когда аналитик преуспевал в воссоздании истиной картины. Если он делает так, он, все же, не сообщает их непосредственно; грубые конфронтации с искаженными впечатлениями реальности могут повредить шизофреническому пациенту. О грубых искажениях задают вопросы. Исследования,

---

[14] Зачаток этой идеи можно найти в первой главе "Исследований Истерии": "Психический процесс, который изначально имел мест, моет быть повторен настолько живо, насколько имел возможно; он должен быть приведен обратно к его *status nascendi* и затем произнесён вербально [48]. Я думаю что Брейер и Фрейд подразумевали зрелый уровень перцепции и языка.

которые помогают пациенту вербализовать его впечатления о факторах, которые привели к искажениям, являются очень ценными.

После того как чувства, происходящие из детских впечатлений, артикулируются пациентом, он становится способным относится более соответственно к терапевту, как к полностью отдельному объекту. Процесс, облегчающий реконструкцию впечатления, имеет результат "возвращения" неясных ранее впечатлений в объектное поле психики. Тогда становится возможным работать с ними, как с элементами объектного трансфера,

ОБЪЕКТНЫЙ ТРАНСФЕР

ПАЦИЕНТ

Переход от явно возросшего, но первично интеллектуального интереса к интенсивным эмоциональным отношениям с аналитиком, как с отчётливой и отличающейся личностью, наблюдается в то время, когда объектный трансфер станет более менее стабильным. Элементы эго, которые развивались от контакта с матерью, склонны привязываться к врачу. Эта тенденция, в определенной степени, может стимулироваться психологическим отражением контактного функционирования пациента, однако она не является необыкновенным наблюдением даже среди аналитиков, которые не используют подходов присоединения к сопротивлению, так что трансферная фигура, в каком-то смысле, становится родителем.

Трансферные реакции шизофренического пациента, функционирующего на эдиповом уровне, сходны с теми же реакциями психоневротических пациентов. Он чувствует что имеется полная "безопасность" в отношениях, что он может доверять терапевту любую информацию. Генитальные стремления сообщаются с большей непринуждённостью. Пациент может выражать мысль, что его любовь настолько велика, что аналитик не сможет сказать ничего такого, что бы смогло уменьшить её. Последняя является нетленной, её понимание безгранично, думает пациент. Провести остаток своей жизни, "существуя где-либо и делая что-либо вместе с вами", должно быть раем.

Несмотря на их возросшую позитивную наклонность, более удивительной характеристикой трансферных отношений является их агрессивная заряженность. Она намного превосходит по своей мощности негативные трансферные реакции при лечении других случаев. Более примитивные оскорбления, угрозы и ругательства едва адекватны для того, чтобы выразить чувства шизофренического пациента, изменяющиеся от яростно отступающего до яростно наступающего паттерна.

Пациент может жаловаться, что аналитик "заставляет" его чувствовать такие вещи, которые не должны испытываться другим человеческим существом.

Приведенный далее пассаж является выдержкой из ранней публикации:

В одной из сессий мужчина, который был заблокирован от эмоциональной коммуникации более одного года, начал браниться и угрожать мне наихудшими угрозами, которые он только мог придумать. Он хотел вскочить, чтобы разорвать мой офис в клочья. Затем он захотел убить мою жену и детей. Когда наступит моя очередь, быстрая смерть будет слишком хороша для меня, но он придумает нечто

более ужасное. Я погибну от какой-нибудь пытки, Он растянет её "дюйм за дюймом" и будет долго наслаждаться моими мучениями. После этого он выскочил из офиса.

Он ожидал что окажется выброшенным на следующий день, отвергнутым, как его мать отвергала его, когда он терял контроль. Однако, несколько недель спустя, он затруднялся точно вспомнить то, что он говорил. Определенный вид амнезии установился во время таких эпизодов[105].

СТАБИЛИЗАЦИЯ ЗРЕЛЫХ ОТНОШЕНИЙ

Постоянное разрешение упорных инфантильных защит поддерживается пациентом, который проявляет высокий уровень кооперации и сильную потребность понять конфликт между различными аспектами его эго. С помощью эго-синтонного объекта он овладевает изначальными препятствиями к вербальной разрядке. Имея эмоциональный возраст около двух лет, он готов общаться с отличающимся объектом, и действительно, он начинает осознавать стремления к более живому объекту!

Поскольку пациент теперь способен эмоционально проводить различие между мужскими и женскими объектами, нуклеарный конфликт выражает себя более отчетливо через эдиповы желания. Наибольшее сопротивление, происходящее из суперэго, действует по отношению к аналитику. Пациент обычно ужасается в такой же мере, как и трепещет от своих сексуальных побуждений. Рано или поздно, констатируется мысль, что такие побуждения постоянно фрустрируются в отношениях; если это так, то эта мысль выражается таким образом, который не будет удерживать пациента от дальнейшей, свободной их вербализации.

Его чувства к трансферному объекту рассматриваются как реальные чувства. Не следует напоминать что они развивались по отношению к родителям до тех пор, пока пациент не станет выражать их на языке взрослого, без отыгрывания их вовнутрь. В объектный трансфер не вмешиваются до тех пор, пока у пациента не стабилизируется отношение, что он лучше будет вербализовать ненависть к трансферному объекту, чем разрушать свое собственное эго.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТРАНСФЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Некоторые пациенты не осознают своих ненавистных чувств к терапевту как к трансферному объекту. Один из способов работы с этой проблемой заключается в постановке серии вопросов о том, почему пациент не чувствует ненависти. Важно понять различие между *провокацией* враждебности, которая является нежелательной, и тем, чтобы получить осознание пациентом ее присутствия, либо исследовать почему он не чувствует ее. В некоторых случаях, основанных на недостаточном осознании, в конце концов, было установлено, что терапевт репрессировал свои собственные негативные чувства, и, что пациент идентифицировался с такой позицией; таким образом, поощрялось состояние обоюдного отсутствия чувств.

Однако, когда ситуация тщательно исследовалась, стало ясно что, в своих ранних объектных отношениях, пациент не осознавал своих яростных побуждений, которые действительно пробуждались. Если его повторно спрашивать о природе

инфантильного опыта, в терминах исследования исторического прототипа трансферного сопротивления, он может начать осознавать ненависть и её источник.

Противоположная проблема встречается среди индивидов, которые испытывали огромную ненависть от своих ранних объектов. Такой пациент может вербализовать сильные суицидальные побуждения в состоянии нарциссического трансфера, а позднее, когда он относится к аналитику как к внешнему объекту, демонстрирует отношение непростительной ненависти. Пациент может отыграть во вне (act out) это отношение, отказывая аналитику в получении удовлетворения от успешного завершения лечения. Потребность совершить возмездие бессознательно мотивирует пациента к психологическому "убийству" трансферного объекта. Поражение аналитика становится более важным, чем своё собственное выздоровление. Похоже что в таких случаях начинает действовать talion принцип; пациент обычно отказывается от осуществления своих сознательных целей в лечении, когда он оставляет своего первого аналитика и ищет следующего партнера в терапии. Поражение нескольких может быть вызвано разрешением отношения непростительности.

РАЗРЕШЕНИЕ ТРАНСФЕРА

Прежде чем лечение приблизится к завершению, должны быть разрешены иллюзорные аспекты трансферной фигуры. Несомненно, что пациент имеет определенное осознание врача как реальной личности. Однако, с трансферными феноменами работают только в той степями, в которой они действуют как сопротивление. Поэтому нереально допускать, что отношение пациента станет полностью нейтральным.

Он может осознавать чувства враждебности к тому, кто отвечал за фрустрацию, которую он испытал в лечении. В финальной стадии отношений ему помогают вербализовать негативные аффекты соответственно так, что, когда они оказываются мобилизованными в интерперсональных ситуациях, согласно этому образцу , они не будут препятствовать его функционированию.

Обычно, также, пациент питает огромное уважение к мастерству и посвящённости партнера по лечению, который помог ему достичь монументальной победы над эмоциональной болезнью, Определенный уровень идентификации с аналитиком является основным мощным фактором в установлении нового объектного поля, отражающего эмоциональную зрелость.

ГЛАВА 9
КОНТРТРАНСФЕР:
СОПРОТИВЛЕНИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ РЫЧАГ

Лицо, подвергающееся лечению, входит в тихую, полуосвещенную комнату, ложится на кушетку и говорит. Когда он начинает говорить в своих сессиях, чувства, которые он развивал к значимым личностям в своей жизни, переносятся на слушателя, которого он не может увидеть или потрогать и который относительно не осознаётся как реальная личность. Тем или иным образом аналитик начинает осознавать эти чувства, а они, в свою очередь, пробуждают чувства у него –

благоприятно или неблагоприятно зависит от того, как они влияют на его профессиональное функционирование.

Первыми были открыты неблагоприятные последствия. Их тщательно изучали в привате тренинговых институтов в духе наблюдений Фрейда (1910):

Мы стали обсуждать "контр-трансфер", который пробудился у врача в результате воздействия пациента на его [врача] бессознательные чувства, и смогли близко подойти к точке, необходимой врачу для того, чтобы понять и преодолеть этот контр-трансфер у самого себя... мы отметили что каждое достижение аналитика ограничено тем, что позволяют его собственные комплексы и сопротивления [51].

В другом эссе по технике (1915), Фрейд предостерегает от любой тенденции к контр-трансферу[41]. Он относится к нему в письме (1913) как к "одной из наиболее трудных технических проблем" в психоанализе, но "более легко разрешимых на теоретическим уровне [II, p.50].

В прежние годы существовали другие позиции по поводу эмоционального влияния пациента на врача. Balint`ы (I935) [10] обратили внимание на неизбежность "взаимодействия". В том же 1935 году, Yung рассматривал аналитический процесс как "реципрокную реакцию двух психических систем" [3]. Тем не менее, было распространено мнение, что "зеркальный аналитик" скрупулёзно охраняет трансферную ситуацию от вторжения собственных эмоций. Чувства тревоги и вины, по поводу перешагивания границ соответственного и слегка благожелательного отношения, предписываемого многими обучающими аналитиками, часто усиливались стремлениями репрессировать все чувства. По-видимому, пациенты ожидали, что будут конфронтированы эмоциональной холодностью; некоторые из них, описывает Fenichel (I94I), были удивлены их естественностью и свободой. "Разные аналитики действуют по-разному", отметил он, "и эти различия влияют на поведение пациентов"[23, p.72.].

С ростом понимания участия реципрокных взаимодействий в аналитических взаимоотношениях, в контртрансферной теме зазвучали новые нотки. Предвещая более утвердительный подход, Annie Reich (195I) ссылается на контртрансфер как на "необходимую предпосылку" эффективного лечения[88]. Maxwell Gitelson (I952) выразил взгляд что контртрансферные реакции "существуют как факты в любом анализе". В той степени, в которой терапевт "открыт к их анализу и интеграции", продолжает Gitelson , он в реальном смысле является жизненным участником в анализе пациента"[58]. В настоящее время эта позиция в основном принимается.

Параллельно основной литературе по контртрансферу, обсуждения его особых характеристик в лечении шизофренических пациентов подчеркнули его проблематичную природу, перед тем как подошли к нему как к полезному феномену. Тем не менее, в начале 1950-х годов, он был идентифицирован большинством практикующих врачей как решающий фактор в лечении. Вскоре после того как терапевты, встретившиеся под эгидой Группы Прогресса Психиатрии, рекомендовали терапевтам, работающим с такими пациентами, практиковать исследование своих контртрансферных реакций, Frieda Fromm-Reichmann (I950) установила, что "если и когда" кажется невозможным установить

рабочие доктор-пациент отношения с шизофреническим пациентом, "это относится к личным трудностям доктора, а не к психопатологии пациента"[56].

Другие врачи выдвинули идею что анализ контртрансферного феномена является настолько же важным как и анализ трансфера. Среди них, Silvano Arieti, который утверждал (1961), что "иногда всё лечение зависит" от понимания "самоувековечившийся реципрокной ситуации". По словам Herbert`a Rosenfeld`a (1952) ,контртрансфер является чувствительным "приемником", а часто и "единственным гидом" к интерпретации [93]. Harold Searles (I967), который внес множество клинических наблюдений по этой теме, относится к контртрансферу как к своему "наиболее надёжному источнику данных того, что происходит между пациентом и мной, и внутри пациента"[98]. А, также, я хочу добавить, внутри терапевта.

В лечении шизофренического пациента, потребность в изысканном балансе одинаково распределенного внимания с эмоциональной чувствительностью вызывает особые проблемы. Настоящая глава сфокусирована на понимании контртрансферных реакций, индуцированных нарциссическим трансфером, аннулировании их резистивного потенциала и их терапевтической ценности. Вводя мои взгляды на природу и область эмоционального обязательства терапевта, я начну с некоторых ранних находок – и размышлений – по поводу феномена негативного контртрансфера, решающего фактора.

НЕГАТИВНЫЙ КОНТРТРАНСФЕР

БРЕЙЕР И АННА О.

Открытие, что негативный контртрансфер, непризнаваемый и неконтролируемый, может заставить врача отказаться от своей терапевтической роли, предвосхищает формальная история психоанализа. Клиническая неудача подобного рода, в такой же мере, как и теоретическое разногласие по-видимому фигурировали в уходе Breuer`a из области, которую он помогал Фрейду открывать.

Лечебные взаимоотношения Breuer`a с Анной 0. (1880 - 1882) выявили реакции у обеих сторон, которые не упоминались в описании этого пионерского случая [4б]. Фрейд, впоследствии, ссылался на интенсивный раппорт, созданный посредством использования катарсического метода в данном лечении, как на "прототип трансфера" [44]. На основе информации, предоставленной как Breuer`ом , так и Фрейдом, он, также, может быть идентифицирован как прототип контртрансфера.

Расстройство Анны 0., диагностированное как истерия, проявляло себя как "психоз особого рода", согласно Breuer`y. Отдельные авторы выражают мнение что это состояние, в настоящее время, могло быть диагностировано как шизофрения. Для того чтобы помочь ей высказывать свои чувства был использован гипноз, и в то время, когда она это делала, её симптомы уменьшались. Она называла своё лечение "лечение разговором".

Фрейд подчеркнул патогномоничное влияние сексуальных чувств девушки к её отцу. Изучение лечебных материалов предполагает что у неё, также, имелись сильные чувства ненависти к нему, которые она не хотела признавать. Ее трансферные аффекты обоего рода к Breuer`y по-видимому, индуцировали

позитивные и негативные контр-реакции, которые стали смешиваться с его собственными эмоциями.

Когда он понял что его жена ревновала его к привлекательной девушке, к которой он был длительное время привязан то, поразмыслив, Breuer внезапно оставил Анну 0. в состоянии гнева. Зайдя к ней домой поздно вечером, он обнаружил ее "в муках истерических родов (псевдобеременность), логическом завершении фантомной беременности, которая незаметно развилась в ответ на оказанную Breuer`ом помощь". После того как он успокоил её гипнозом, "он выбежал из её дома в холодном поту" и уехал со своей женой на второй медовый месяц. Анна 0. перенесла серию рецидивов в ближайшие несколько лет. Breuer сказал Фрейду, что она была настолько больна, что он желал чтобы она умерла и таким образом избавилась бы от своего страдания[15].

Фрейд раскрыл эти факты Ernest'y Jones`y, и приведенные здесь выдержки взяты из его биографии Фрейда [67, том l].

Jones, также, сообщил что, для того чтобы преодолеть сильные возражения Breuer`a к описанию этого случая, Фрейд рассказал ему об одном случае из его собственной практики с пациенткой-женщиной в состоянии трансферной любви. Breuer, в конце концов, убедился в том что он репрезентировал настолько символическую, насколько и "реальную" личность для Анны О., согласившись сотрудничать в "*Случаях Истерии*". Тем не менее, теория трансфера не возродила его интереса в проведении психотерапии. Наученный первым опытом, Breuer заявил в письме (1907), что "для обычного врача было невозможно проводить лечение подобного рода без привнесения собственной активности и усложнения жизни в конце. Со временем я поклялся, что больше никогда не пойду на такое испытание ещё раз"[18].

ВЗГЛЯДЫ ФРЕЙДА

Фрейд полагал, что испытывать или выражать негативные чувства к пациенту было несовместимо с профессиональной ролью целителя. Отвечать пациенту по-другому, чем умеренно благожелательным образом, казалось Фрейду неоправданным и анти-терапевтичным.

Когда он понял, что пациентам необходимо испытывать позитивные чувства, он не возражал. Он описывает некоторые умеренно беспокоящие чувства такие как досада, раздражение и удивление, однако, у него, кажется, не было больших трудностей в управлении своими ответными чувствами по отношению к пациентам, находящимся в состоянии позитивного трансфера до тех пор, пока он не становился слишком интенсивным. Ссылаясь на "несравненное очарование" женщины, описывающей свою страсть, он рекомендовал чтобы аналитик "признавал неудачу и уходил" , когда пациент настаивает на эротическом удовлетворении. Данная цитата является выдержкой из его эссе по трансферной любви[41]. Он не *написал того же* по трансферной ненависти и не сделал каких-либо описаний негативного контртрансфера. У него, кажется, была огромная потребность держать негативные чувства к пациенту за пределами осознания.

[15]Спустя годы, интерес к эфтаназии был скрыт большим количеством желаний совершить убийство пациента.

Фрагменты биографических материалов, персональной корреспонденции и т.п., привлекли размышление о том, что положение бесстрастного хирурга, которое Фрейд рекомендовал, сохранять ему было не легко. Он был способен на сильные эмоции, и имеется доказательство, что он соматизировал свою агрессию ценой собственной личности.

Имеется интересная одновременность в эссе Фрейда по нарциссизму и истории психоаналитического движения, они оба написаны в течение первых месяцев 1914 года. Подобно короткому эссе о статуе Моисея Микеланджело, написанному предыдущей осенью, эти работы были выполнены в тот период, когда Фрейд был расстроен и глубоко погружен в идеологическую борьбу с Jung`ом и Adler`ом . В одном из писем того времени он отметил, что был "яростно сердит", в другом, он упоминает "сильное чувство досады" о статье по нарциссизму[67, том2, p.304].

Кроме того, дезертирство его бывших "учеников" обсуждается с невозмутимой сдержанностью и научной объективностью в историческом эссе, вопреки его полемической природе. Эссе по нарциссизму концентрируется на уходе любви, не делая упоминания о роли агрессии в нарциссических расстройствах – загадочная оплошность. Однако, знаменитый ключ к манере Фрейда овладения негативными эмоциями находится в его персональной интерпретации работы Микеланджело. Он увидел в статуе Моисея "конкретное выражение высокого психического напряжения, которое только возможно у человека, успешно борющегося с внутренней страстью ради дела, которому он посвятил себя"[53]. В то время, а возможно даже раньше, по мнению Jones`a, Фрейд "идентифицировал себя с Моисеем и старался достичь победы над страстями, которые изобразил Микеланджело"[67, том2, p.366].

Фрейд обсуждал враждебность и агрессию, но, по-видимому, не особенно интересовался эмоцией ненависти. Хотя, он указал что "отношение ненависти к объектам старше чем любви"[36], он не исследовал эту тему широко. Он не особенно интересовался источником ненависти или её ролью в развитии личности.

Работая со своими пациентами, Фрейд, по-видимому, преодолевал любое побуждение сообщать о враждебности, которую они могли провоцировать. Его поведение в аналитической ситуации отражало его сочувствующее отношение ко всем людям с эмоциональными нарушениями. Однако, его теоретические возражения по отношению к аналитику, имеющему враждебные чувства к пациенту, также были связаны с его интересом по поводу развития негативного трансфера. Такая связь четко заявлена в его обсуждении возможного использования трансферной ситуации для пробуждения скрытых инстинктивных конфликтов пациента. Фрейд утверждает (1937):

...любая такая преднамеренная процедура вызовет недоброе поведение со стороны аналитика к пациенту и это окажет вредное воздействие на его нежное отношение к аналитику, т.е. на позитивный трансфер, который является сильным мотивом для кооперации пациента в работе анализа. Таким образом мы не сможем сформировать больших ожиданий результатов такой техники [30].

Хотя он не предполагал, что выражение враждебных чувств к пациенту было в порядке вещей, кажется что Фрейд не противостоял, в принципе, использованию эмоциональной коммуникации аналитика. Не упоминается эмоционального влияния в его формулировках по технике; в них обсуждается контроль чувств путём их подавления. Тем не менее, два его персональных письма, опубликованных недавно, указывают на то, что у него имелись определенные мысли по поводу контролируемого выражения чувств аналитиком.

Одно из этих писем (1899) содержит утверждение: "Время от времени я наблюдаю вторую сторону метода лечения - провоцирование чувств пациента так же как и его мыслей, как если бы это было совершенно необходимо" [38, p.280]. В другом письме, написанном Bingswanger`у в 1913 г., Фрейд обсуждает контролируемое использование позитивных чувств;

То, что предоставляется пациенту, может на самом деле никогда не быть спонтанным аффектом, а всегда предоставляться сознательно, и тогда это более менее может возникать как потребность. Иногда огромное количество, но никогда не из его собственного бессознательного. Это я должен рассматривать как формулу. Другими словами, кто-то должен всегда узнавать контртрансфер кого-то и подниматься над ним, только лишь тогда кто-то освободит самого себя. Давать кому-то слишком мало, потому что кто-то любит его слишком сильно является несправедливостью по отношению к пациенту, а также технической ошибкой [II, p. 50].

Предоставлять слишком мало ненависти пациенту, которому требуется научиться испытывать и переносить её комфортно, также является несправедливым. Давать ему слишком мало любого рода чувства, потому что аналитик имеет его слишком много, является технической ошибкой. Пациент имеет право на такое количество чувств, какое необходимо для того, чтобы разрешить его сопротивление к зрелому функционированию.

ОБЛАСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ

Формулировки по контртрансферу, которые следуют далее, применяются к *реакциям на трансферные отношения и поведение пациента*.

Другие типы бессознательных реакций фигурируют в общей сумме ответов врача в аналитической ситуации. Он может развивать трансферы к пациенту, и они часто уравниваются с контртрансфером. Личные потребности, как телесные так и психологические, возбуждают чувства. Так слишком большая нерешительность по поводу того, как поступить в критический момент свойственна неопытности или недостаточной теоретической осведомлённости. Реакциям на личные потребности и профессиональную небезопасность, которые могут приводить к нарушениям полномочий или оплошностям, уделяют большее внимание в тренинге и супервизии, чем в литературе; однако некоторые теоретики включают их в свои формулировки по контртрансферу. Эти три типа чувств-ответов не вызывают возражений per se; они не препятствуют аналитическому функционированию, если врач может выдерживать их спокойно. Желательно, чтобы он вёл себя не защищаясь с

шизофреническим индивидом и воспринимал весь спектр личных чувств. Им не дают возрасти до контр-сопротивления, пока терапевт неспособен объяснить их, понять их и сознательно контролировать их выражение, Когда контртрансфер свободно применяется к этим трем типам чувств-ответов, всё же трудно четко определить достойное место, которые чувства-ответы на трансфер пациента занимают в теории техники.

Изначальное рассмотрение контртрансфера как нежелательного феномена создало общее негативное отношение к самому концептуальному инструменту. Однако ценное суждение – правильное или ошибочное в непосредственных обстоятельствах – исходит из основной концепции, где контртрансферные реакции на трансферы пациента, которые препятствуют лечению, чётко идентифицируются как таковые. С этой целью термины "контртрансфер" и "контртрансферное сопротивление" используются как эквиваленты "трансфера" и "трансферного сопротивления".

Определение и отличия только лишь дают возможность кому-либо достичь упорядоченного взгляда на взаимоотношения как они движутся вперед или назад, или "топчутся на месте", на взаимозависимом пути трансфера-контртрансфера. Это слишком упрощенно, но всё же верно, в смысле что анализ и использование контртрансферного феномена настолько же необходимы, как и анализ трансфера, для того чтобы произвести значительное изменение у шизофренического пациента.

Контртрансферные чувства не препятствуют прогрессу до тех пор, пока они рассматриваются только лишь с единственной целью – для интервенций. После того как трансфер развернётся и пациент станет способным вербализовать фрустрационную агрессию непосредственно, настаёт время, когда чувства, которые он индуцирует, сообщаются ему - в терминах работы с сопротивлением - однако решимость на такой шаг основывается на оценке всей ситуации.

Врач, который может вынести влияние чувств, переносимых пациентом, и ясно идентифицировать свои собственные чувства-ответы, имеет в своем распоряжении то, что Donald Winnicott (1947) назвал "поистине объективным контртрансфером...любовь и ненависть аналитика в реакции на актуальную личность и поведение пациента, основанные на объективном наблюдении"[116]. Эти реально индуцированные эмоции будут отличаться от реакций, относящихся к недостаточно проанализированным регулирующим паттернам у терапевта. По-видимому, последние стоит классифицировать как *субъективный контртрансфер*.

По аналогии с оптическими полями можно провести ясное отличие между этими двумя типами реакций. Человек с нормальным цветовым зрением, закрыв свои глаза после взгляда на красный свет, получает зеленый светообраз. А у человека с анормальным зрением, образ может быть серого или какого-либо другого цвета, в зависимости от природы и степени нарушения. Подобно зеленому и серому светообразам, оба, как объективный, так и субъективный контртрансфер возбуждаются трансферными чувствами и отношениями пациента, Один из них является предсказуемым ответом эмоционально зрелого наблюдателя; другой же является атипичным, определенным образом измененным уникальными тенденциями терапевта.

Субъективный контртрансферный феномен обычно коренится в искажениях, созданных процессами памяти. Чувства, которые аналитик развивал к личностям, которые были эмоционально значимы для него в ранней жизни, оживляются символическим повторением пациентом своей собственной детской ситуации. Посредством самоанализа относительно легко аннулировать вторжения "посторонних" чувств, созданных психоневротическим пациентом. После того, как их воздействие обнаружится и станет понятным, аналитик будет способен непосредственно утилизировать чувства, индуцированные в нем, просто через резонанс с аффективностью пациента.

"Анализирование за пределами" субъективного элемента является более сложным в лечении шизофренического пациента, потому что он индуцирует чувства, которые, кажется совершенно неотносящимися к нему. Как я уже указывал, в состоянии нарциссического трансфера, часто кажется, что он находится вне контакта. В ответ на его скрытые эмоции, терапевт испытывает чувства, которые кажутся чуждыми их взаимоотношениям, и он склонен относить такие реакции к неразрешенным проблемам в нем самом. Из личного опыта я узнал что очень желательно, когда кто-то начинает работать с патологически нарциссическими лицами, чтобы он сам находился в анализе. В процессе обнаружения и анализирования эмоционального феномена, заложенного в собственном жизненном опыте кого-либо, он обычно открывает, что некоторые из чувств, испытываемых с пациентом, могут не иметь другого источника, чем его личность и трансферное поведение.

Любые наклонности сообщать эти субъективные реакции импульсивно пациенту, вербально или же в поведении, должны быть признаны и ими необходимо овладеть посредством анализа или продолжающегося самоанализа на протяжении всего лечения. Как указывала Margaret Little (I936), "Очень важно уметь ясно различать чьи-либо субъективные и объективные чувства"[76].

Вкрапливание субъективного элемента чаще рассматривается как контртрансферное сопротивление. Понимание того, что привносится во взаимоотношения оказывается затуманенным, когда идиосинкразические чувства, которые развиваются в собственных межперсональных взаимоотношениях терапевта, возбуждаются трансферными реакциями пациента и воспринимаются как чувства, индуцированные через эмпатию с ним. Однако реально индуцированные чувства также могут препятствовать аналитической активности. Терапевт, который боится, что будет охвачен чувствами пациента, может "баррикадировать" себя, сознательно или бессознательно, используя *эмоциональную нейтральность* как защиту от испытывания их. Эмоционально отвечающий врач, с другой стороны, может препятствовать полному развитию трансфера из-за отсутствия способности выдерживать индуцированные чувства молчаливо до тех пор, пока их выражение не будет полезным пациенту. Кратко говоря, резистивный потенциал контртрансфера заключается в его объективных, также как и субъективных компонентах.

Тем не менее, непосредственное использование объективного контртрансфера является диагностической помощью, впечатляющим источником информации и основным поставщиком терапевтического рычага. Ценность аналитического материала, который он обеспечивает, в настоящее время широко

признаётся, и формулирование более специфических применений для того, чтобы удовлетворить терапевтические потребности, является обычным делом.

ОСНОВНЫЕ ВОВЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕКТИВНОГО КОНТРТРАНСФЕРА

Чувства реалистично индуцированные в терапевте как трансферном объекте, сообщенные избирательно и целенаправленным образом, вносят основной вклад в разрешение сопротивления удовлетворением созревающих потребностей пациента. В принципе, как я уже упоминал, удовлетворение созревающих потребностей не является функцией аналитика. Прежде всего он заинтересован в том, чтобы идентифицировать их и помочь пациенту придумать социально одобряемые методы их удовлетворения. Тем не менее, когда паттерны преэдипова сопротивления поддерживаются созревающими потребностями, удовлетворение которых посредством жизненного опыта является небезопасным, терапевт может удовлетворить их вербально для того, чтобы разрешить сопротивление. Специфический опыт удовлетворения потребностей, который может помочь пациенту отказаться от сопротивления, обеспечивается эмоциональной коммуникацией. Утверждения, нагруженные индуцированными чувствами, склонны создавать такой опыт.

Объективный контртрансфер, также, вносит важный вклад в реконструкцию эмоционально значимых превербальных событий, которые пациент не может вспомнить. Индуцированные чувства изучаются и исследуются вместе с пациентом для того, чтобы помочь ему взять обратно и артикулировать его собственные впечатления о его раннем жизненном опыте и исправить ложные впечатления. Конструкции основываются на комбинации анализа трансферных реакций пациента и чувств, которые они индуцируют у аналитика. В некоторых случаях объективный контртрансфер вносит основной вклад в отграничение эготиэированных объектных впечатлений от собственных пре-эго чувств пациента.

В работе с пациентом, имеющим большие трудности в восприятии и вербализации своих собственных чувств и являющимся гиперсенситивным к чувствам других, понимание собственных чувств кого-то и их влияния на пациента является крайне важным. Аналитик, который готов и способен испытывать индуцированные чувства глубоко и открыто найдет необходимым оставаться бдительным к источнику и природе всех своих эмоциональных реакций в непосредственной ситуации. Адекватный синтез роли трансферного объекта с ролью собирателя и эффективного выразителя понятого, вызывает большее интроспективное изучение собственных психологических процессов и поведенческих тенденций.

Обычным предписанием является анализировать контртрансфер, когда он действует как сопротивление. Такая политика, по моему мнению, неадекватна, но, тем не менее, подтверждена обширным клиническим опытом. В своей супервизорской практике я рекомендую, чтобы все контртрансферные реакции анализировались на протяжении всего лечения. В противном случае, реакции, относящиеся к неразрешенным личностным конфликтам и непосредственным личностным потребностям, легко загрязняют резервуар эмоциональных реакций, который служит терапевтической цели.

Широко распространено соглашение что действующим средством, в терминах трансферных чувств к пациенту, является продолжающийся анализ. Субъективные контртрансферные реакции, которые вызывают технические ошибки, часто выявляются в самоанализе; если этого не происходит, они легко раскрываются в супервизорских сессиях или же часто, кроме этого, в неформальных обсуждениях случая с коллегой. Однако, ловушками, в объективных реакциях на трансферную ситуацию при шизофрении, являются относительно неисследованные области.

Элементарным камнем преткновения в использовании объективного контртрансфера является отношение, часто встречающееся у неопытного аналитика, что он не имеет "права" испытывать чувства к пациенту. Когда чувства рассматриваются как табу, то ли потому что терапевт был обучен подавлять их или делает это как предмет предпочтения, коммуникация блокируется. Неподходящие интервенции часто связаны с попытками вычеркнуть из сознания интенсивные и конфликтующие аффекты, пробужденные шизофреническим пациентом. Нежелание врача испытывать эти чувства служит для того, чтобы подчеркнуть уже *сильную оппозицию* пациента *воспринимать и вербализовать все свои собственные аффекты*.

И все же, важно признать, что свобода является абсолютной только когда рассматривается в отношении *испытывания* индуцированных чувств. Основой является селективность в сообщении их. Многих технических ошибок можно избежать, если придерживаться основного принципа, заключающегося в том что, хотя индуцированные чувства всегда являются сырым материалом для анализа, интервенции никогда не диктуются, исключительно или первично, испытываемыми эмоциями. О них не сообщают до тех пор, пока они не будут служить специфической терапевтической цели - разрешению непосредственного сопротивления пациента.

Если понимание аналитиком сопротивления, с которым он работает, находится в гармонии с его собственными контртрансферными реакциями, они могут быть сообщены в соответствии с планом, который он сформулировал для работы с этим сопротивлением. Однако, если существует определенное *несоответствие* между его рассуждениями и индуцированными чувствами, он не совершает интервенции. Он не функционирует каким-либо образом против своих собственных чувств. Он может понимать, что то или иное ответное чувство поможет пациенту отказаться от резистивного паттерна, однако это чувство должно быть полезным в данный момент. Воздействие индуцированных чувств на пациента, которые прямо пропорциональны их *подлинности*, обеспечивает терапевтический рычаг.

Чувства непонимания (confusion) чего-либо, о чем пациент сообщает снова и снова, может указывать на некоторые неразрешенные проблемы у терапевта. Если же такая связь не может быть установлена посредством самоанализа, то возможно, что пациент индуцирует спутанность. Когда одна из его попыток пойти на контакт отражается вопросом о терапевте, пациент может указать что он не чувствует понимания. В конце концов, может проясниться что у него был родитель, которого он не мог понять, и который не понимал его. Эмоциональное состояние, которое сначала кажется, что относится к слепому пятну у терапевта, может принести

огромную пользу в реконструкции отношений пациента со значимым объектом в его детстве.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Контртрансферные реакции, вызванные идентификацией аналитика пациентом с объектами, испытываемыми как отдельные от него самого, обсуждались достаточно широко. Меньшее внимание было уделено реакциям на перенос чувств и отношений пациента, испытываемых в процессе эго-формирования. Они включают в себя как пре-эго чувства, так и отношения, которые пациент, вероятно, испытывал от своих объектов, на протяжении первых двух лет жизни. Аналитик, в дополнение к бессознательной идентификации с объектами - комплементарными идентификациями, связанными с контртрансферными реакциями на функционирование пациента на эдиповом уровне - также идентифицируется с эго пациента. Heinrich Racker (1957) описывает последние как "конкордантные идентификации, -те психологические содержания, которые пробуждаются в аналитике под действием эмпатии, достигнутой с пациентом"[87].

Понятие о комплементарных и конкордантных идентификациях является полезным в расчете на конфликтующие и часто запутанные эмоции, возбуждаемые пациентом в состоянии нарциссического трансфера. Временами, его ранние впечатления себя, в другое время объектные впечатления, которые переместились в его эго-поле во время раннего детства, испытываются терапевтом; впечатления обоих типов могут быть индуцированы одновременно. Нарциссический трансфер также возбуждает эмоции, которые не рассматриваются в терминах подобных прецедентов. Пациент выражает потребность в чувствах, которых он бессознательно хотел, но недостаточно испытывал как маленький ребенок; терапевт начинает осознавать сильные желания "воспитывать" пациента. Объективный контртрансфер является, в некотором смысле, многократно индуцированным опытом.

ДОМИНАНТНЫЕ РЕАКЦИИ НА КАЖДОЙ СТАДИИ

Как только нарциссический трансфер начнет разворачиваться, когда пациент почувствует тревогу или будет говорить без аффекта, аналитик может испытать умеренную тревожность или же он может оказаться странно равнодушным. Когда пациент испытывает смертоносные чувства к аналитику и отрицает их, говоря что он хочет убить самого себя, аналитик может чувствовать (себя-прим.перев.) подобно убивающему пациенту – и начинает поглощаться некоторыми личными проблемами. Пациент, который испытывал очень много эмоциональной депривации в ранней жизни, часто индуцирует чувства равнодушия или безучастности. Пациент с сильными инцестуозными чувствами может возбудить сексуальные чувства у аналитика. Он может чувствовать симпатию, сострадание или безнадежность, когда пациент испытывает безнадежность. Если пациент жалуется или плачет, врач может чувствовать раздражительность или презрение, или же, с другой стороны, может начать осознавать замешательство или дискомфорт. В целом, он хочет быть полезным и отвечать пациенту добротой. Начальное отношение приятности и сдержанности может действовать как защита от тревоги.

Как только тревога станет управляемой, побуждения быть добрым и внимательным временами будут затоплены раздражением. Психическое страдание пациента может индуцировать ощущение удовольствия и даже приподнятого настроения. Повторяющаяся вербализация его самоатакуюших отношений вызывает чувства отвращения. Когда он взрывается яростью, аналитик может испытать ужас, крайнее возмущение и, возможно, потребность защитить себя. Он может начать интересоваться своим физическим и психическим благополучием. Он может почувствовать что пациент "ужасно отвратителен". Часто терапевт чувствует беспокойство; в середине сессии он может начать осознавать необходимость закончить её тотчас, найти какие-нибудь причины отпустить пациента раньше. Когда последний даёт свободу выражению суицидальных желаний, аналитик может развивать желание много говорить. Интервенции, которые могут быть рационализированы как необходимая подстраховка для пациента, могут служить цели самоперестраховки.

Когда нарциссический трансфер достигнет своего пика, терапевт может колебаться между состояниями самоозабоченности и тревоги. Он может отвечать на аутоэротические чувства и иллюзии пациента со значительной тревогой и, временами, начать осознавать желания "транквилизировать" или успокоить его по-дружески. Чувства беспомощности и безнадежности могут заваливать аналитика, часто он начинает чувствовать все большую и большую отдаленность от пациента и временами становится более озабоченным своим состоянием. Когда терапевт наблюдает сжатые кулаки и телесные напряжения, которые часто сопутствуют суицидальным желаниям и смертоносной ярости, которой он подвергается, он может испытать более или менее реалистичное чувство опасности. Ограничится ли пациент вербализацией чувств ненависти к родственникам и товарищам, или лучше будет предупредить их о том, что им угрожает? А когда такие чувства направляются на терапевта, у него может сложиться впечатление, что безопасность его самого и членов его семьи находится под угрозой.

Однако любые опасения, что пациент может действовать деструктивно, под влиянием своих эмоций, рассеиваются в дальнейшем лечении, когда он лежит на кушетке в расслабленной позе и способен утверждать что в сущности, положение дел не меняется, что бы он не чувствовал. Аналитик тогда испытывает сильнее ощущение безопасности и контроля. Он чувствует все больше и больше непринужденности с пациентом, все больше и больше интересуется тем, как помочь ему понять что их взаимоотношения продолжаются. Растущее желание пациента в информации о своём функционировании согласуется с живым интересом аналитика в её предоставлении. Он начинает осознавать восхищение и искреннюю любовь к пациенту, а временами сильное желание быть ему "матерью" или "отцом", а возможно обоими.

КОНТРТРАНСФЕРНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ

КЛЮЧИ

Контртрансферное сопротивление выдает свое присутствие многочисленными путями. Поскольку большинство основных ключей было уже описано, я ограничу себя здесь замечаниями о том что слышал достаточно часто при лечении

амбулаторных шизофренических пациентов. Существуют черные и белые, а также "серые" признаки; последним требовалось интенсивное изучение, прежде чем смогли определить их надежность. Список, который приведен ниже, был отобран из моего собственного репертуара, а также из обсуждений с коллегами и студентами-аналитиками.

1. "Забывание" о назначенной встрече с одним пациентом и назначение того же времени другому.
2. Незапоминание имени пациента.
3. Назначение встречи таким образом, что пациент остаётся неуверенным, когда ему приходить – например, без четверти девять или же в четверть десятого.(Лучше, по моему опыту, попросить пациента повторить время специально.)
4. Завершение сессии раньше времени или позже.
5. Наличие трудностей в сохранении спокойствия.
6. Неожиданное обнаружение себя думающим о пациенте между сессиями и таким образом, что это мешает работе с другими пациентами.
7. Принуждение чьих-либо мыслей следовать в определенном направлении.
8. Нетерпение установить контакт с пациентом.
9. Выражение чувств когда нет необходимости это делать. (Обычно это не бывает полезным, но временами имеет терапевтический эффект).
10. Нежелание сообщать эмоцию. (Будет ли это препятствовать прогрессу пациента может быть определено только дополнительным анализом).
11. Подкрепление усилий пациента "не расстраивать" аналитика прекращением коммуникации или изменением темы.
12. Ответ на враждебность контр-враждебностью.
13. Желание казаться более осведомленным чем пациент.
14. Раздражение из-за неясных коммуникаций пациента или неудач в обеспечении аналитическим материалом.
15. Ригидное цепляние за одну технику. (В таком паттерне обычно фигурирует враждебность или страх).
16. Состояния тревоги перед или после, также как и во время сессии, которые не кажутся каким-либо образом связанными с пациентом. (В таком состоянии, например, кто-то может открыть дверь чтобы пригласить его и непосредственно заметить что он полон ярости.)
17. Принятие за действительность мыслей пациента о том что он неизлечим (вместо анализирования и исследования их вместе с ним).
18. Присоединение к пациенту в недисциплинированной разрядке реакций.
19. Различные чувства тревоги или беспокойства, которые препятствуют аналитической активности.
20. Смутное понимание или непонимание определенной информации, которую пациент сообщает снова и снова.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ

ПОТРЕБНОСТЬ НЕ ЧУВСТВОВАТЬ НЕНАВИСТЬ

В моём опыте главным источником контртрансферного сопротивления в отношениях с шизофреническим пациентом является потребность терапевта защищать себя от ярости и тревоги, индуцированной враждебными импульсами пациента. Подавление или отрицание индуцированных чувств исключает возможность использовать их как терапевтический рычаг, а также делает практически невозможным понять эмоциональную историю пациента.

Полная свобода вербализации ненависти и ярости исключается, если врачу трудно задавать вопросы о реальных или фантазийных действиях насилия иди помогать пациенту обсуждать их. Большинство студентов-аналитиков испытывает сильное отвращение в курсе таких исследований, особенно когда у них имеется огромная потребность отрицать их собственные смертоносные чувства.

ПОТРЕБНОСТЬ НРАВИТЬСЯ

Bullard констатировал, "По-моему, одним из серьёзных отступлений от эффективной терапии является потребность некоторых терапевтов нравиться, чувствовать что их ценят и что их усилия тепло принимаются"[I4], Потребность нравиться дает начало мощному контртрансферному сопротивлению при лечении шизофрении.

Когда выходит большое количество трансферной ненависти, аналитик чувствует себя несчастным потому что пациент оказывается таким враждебным. Полная неосведомленность пациента об огромных усилиях, затраченных на то чтобы помочь ему, также причиняет боль и обижает аналитика, у которого имеется сильная потребность нравиться. Недостаток оценки обижает. Вместо нескольких глотков молока человеческой доброты, которые могут предвкушаться, пациент отвечает яростью. Врач может, в конце концов, начать отказываться работать с неблагодарным человеком. Когда он говорит, "Я больше не приду", он может быть уверенным что пациент действительно подразумевает это.

Пациент может сказать," Вы не понимаете меня. Вы не помогаете мне. Я ничего не достиг." Терапевт, которого ранят такие обвинения, склонен пропадать в нарциссических поглощенностях и сомнениях - жертвой контртрансферного сопротивления. Тому кто не попал под давление быть оцененным, не составляет труда сказать пациенту," Допустим, для целей лечения, что вы правы. Почему я ничего не достиг?"

ПОТРЕБНОСТЬ БЫТЬ ПРАВЫМ

Еще одним мощным источником контрсопротивления является потребность быть правым. Под её давлением терапевт начинает осознавать сильное желание всегда давать научно правильные и полные интерпретации, вместо того, чтобы отвечать на непосредственную потребность пациента в коммуникации, которая должна иметь специфический эффект созревания.

Начинающий аналитик часто боится сказать "неправильную вещь" пациенту. Одна студентка была убеждена в том, что она поступает подобным образом, когда пациент жаловался что она разговаривает подобно его "ужасной" матери.Её

нежелание спросить его как, он думает, она должна разговаривать, было разрешено когда она признала что впечатления пациента, о том что она сказала, было более значимо чем корректность её коммуникаций. После этого она почувствовала большее спокойствие когда разговаривала с ним и была способна делать это более спонтанно.

Сходная проблема пробуждается тогда, когда существует сильная потребность демонстрировать компетенцию пациенту и заслужить его уважение. Терапевт, у которого эта потребность сильна, находит унизительным работать с пациентом, который атакует его повторно и на всех уровнях. Поскольку является антитерапевтичным проявлять разногласия, критика может быть воспринята и просто исследована совместно с пациентом. Следовательно, здесь не место выстраивать чьё-либо самоуважение.

ДРУГИЕ ПОТРЕБНОСТИ

Другая проблема была поднята студентом-аналитиком в его супервизорских сессиях, сконцентрированных вокруг его желания быть "хорошим" по отношению к пациенту и отвечать на его страстное желание в любви. В ранних взаимоотношениях часто испытывается потребность быть "лучше" чем оригинальный объект, успокаивать, умиротворять и утешать. Кроме этого, студент сообщил мне что он чувствовал себя подобно психопату, когда ограничивался только работой с сопротивлением. Он мог чувствовать, что он ничего не делает для того чтобы заслужить свой гонорар; и его чувство вины усиливалось, когда пациент спрашивал, " Что вы делаете для того чтобы получать ваши деньги ?" Подобно подающему надежды акушеру, принимающему нормальные роды, студент-аналитик, работающий с шизофреническим пациентом в состоянии развернутого нарциссического трансфера, обычно чувствует что ему, практически, нечего делать и хочет вмешиваться более активно* чем того требует ситуация.

Молодой терапевт, консультировавшийся у меня по поводу девятнадцатилетнего шизофренического пациента, описывал трудности при работе с его инфантильными запросами в любви. У пациента было впечатление что терапевт не говорит потому что у него нет интереса к пациенту. Юноша упрекал терапевта в невнимательности и сообщал что он не может ни о чем говорить потому что находится " в скорлупе". Терапевт признал что он чувствовал большую робость в работе с "вы невнимательны" сопротивлением. Он недостаточно отследил то, что происходило во взаимоотношениях.

В супервизорской сессии он стал осознавать что его робость, в ответ на обвинения пациента, была связана со страхом "разбить его вдребезги", как он это выразил. Требования пациента убедиться что терапевт любит его возбудили мощное формирование реакции, связанное с собственным паттерном терапевта, регулирующем доминирующее поведение отца.

Осознание этой тенденции помогло терапевту овладеть своей боязнью вступать в эмоциональную коммуникацию. В конце концов пациент также развил сильные позитивные трансферные чувства к нему.

Когда аналитик ощущает неприятные чувства пациента и сохраняет свою способность понимать и коммуницировать, пациент испытывает взаимоотношения, которых у него не было в прошлом. Понимание того что аналитик может переживать эти чувства и, тем не менее, вести (себя) соответственно, бессознательно стимулирует желания у шизофренического пациента доказать аналитику и себе что он может выносить эти чувства и все же вести (себя) соответствующим образом. Отказ переживать чувства пациента и отыгрывание вовнутрь (acting on) их определенным образом чтобы заставить пациента оставить лечение, является общими формами контртрансферного сопротивления, при лечении пациентов с тяжелыми нарушениями.

Студентка - аналитик, описывающая что пациент чувствовал безнадежность и несчастность, добавила что она тоже чувствовала несчастность. Она понимала что ощущала его чувства и противилась этому. На вопрос почему она не хочет чувствовать их она ответила, "Когда я чувствую таким же образом как и он, я перестаю видеть то что происходит между нами. Я не хочу быть понятой. Я просто хочу дать ему пинка из офиса".

После того как она стала понимать что пациент индуцировал в ней чувства, которые он испытывал от своей матери, и что их воссоздание в отношениях было лечебным механизмом, она восприняла "повторное переживание" (reexperiencing) как реквизит успешного лечения.

Неопытные аналитики часто описывают что они приходят в ярость с шизофреническим пациентом из-за того что в сессиях он не функционирует так как они от него хотят. Они могут не понимать что это их обязанность точно определить то что предохраняет его от кооперирования и адресовать эти препятствия самим себе.

В общем и целом шизофренический пациент возбуждает много эмоций по поводу того, что кто-то либо недостаточно делает, либо вообще ничего не может сделать для него. Бывают периоды когда терапевт чувствует что лечение ничего не достигло и что он не может больше за него ручаться. Восприятие действительности этих чувств и развитие способности выдерживать их спокойно, ни отыгрывая их , ни вербализуя их пациенту, исключая работу с лечебным сопротивлением, часто являются трудными принципами для овладения.

Это те проблемы, на которых я фокусировался с терапевтами, начинающими работать с шизофреническими пациентами. Такая работа требует особого рода супервизии и тренинга. Контртрансферное сопротивление анализируется и начинающему помогают разрешить его в супервизорской сессии [107].

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ НАБЛЮДЕНИЕ

НЕВЕРБАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС КОММУНИКАЦИИ

Обычно допускается что первые коммуникации исходят от пациента к аналитику. В лечении крайне нарциссического индивида полезно действовать основываясь на предположении о том, что двойной путь невербальной коммуникации осуществляется с первого контакта, вне зависимости от того осознает ли это та или другая сторона.

Поскольку источник непосредственно испытываемого чувства часто неясен и достаточно долгое время не может быть установлен, желательно оставаться бдительным к двум возможностям. Первая из них та, что у пациента может быть индуцированное чувство. Во время сессии, когда терапевт стал осознавать сильное чувства раздражения, которое он не мог объяснить, он спросил пациентку не находит ли она его особенно раздраженным в этот день. Она ответила, Как вы догадались? Вы должно быть умеете читать мысли. просто думала по дороге в офис о том, что мой муж был ужасно раздражен этим утром". Возможно, также, что то, что кажется трансферной реакцией пациента, может оказаться контрреакцией на невербализованные чувства терапевта, В то время, когда терапевт, например, испытывает личную неудачу, пациент может приписывать чувство самому себе и - возможно, первое время - начнет горевать о чьей-либо смерти, кто был очень значимым для него.

Характерные проблемы могут возникнуть если пациент эготизирует свои восприятия чувств аналитика как защиту от своих собственных чувств. Такие эмоциональные идентификации могут привести к временному улучшению, однако они сделают более трудным для пациента развитие полного осознания своих собственных истинных чувств и действовавние в их терминах. Он неспособен стать полностью интегрированной личностью, и продолжает чувствовать собственное отчуждение.

Проблем подобного рода можно избежать когда аналитик помогает пациенту провести различие между его собственными чувствами и объектными чувствами, которые он эготизировал в ранней жизни. Техники присоединения к сопротивлению (иллюстрированные в главе 10) облегчают возбуждение, вначале, эготизированных объектных чувств. После того как эти чувства станут де-эготизированными, пациенту помогают артикулировать собственные чувства.

СВОБОДНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

Большая сила эго требуется для того чтобы работать спокойно и незащищено, пока выдерживается смертоносные чувства шизофренического пациента и происходит их утилизация для его благополучия. если чувства отрицаются, невозможно достичь понимания того, как они пробуждаются во взаимоотношениях и как пациент защищает себя от них, если, с другой стороны, осознание индуцированных чувств приведет врача к состоянию парализующей тревоги, пациенту откажут в относительно безопасной атмосфере, которая ему требуется для эмоционального созревания.

То, что первично требуется, является сочетанием эмоциональной отзывчивости с высоким уровнем самовладения. Под эмоциональной отзывчивостью я подразумеваю открытость к трансферным чувствам пациента и индуцированным чувствам без того чтобы оказаться охваченным ими и говорить в терминах их.

Аналитик не показывает эмоциональной отзывчивости в своей манере проведения лечения. Удобства профессионального отношения соблюдаются соответственно. Он учтиво приветствует пациента по прибытии, вежливо дает объяснения, и не показывает обиды на оскорбление и провокационные замечания. Он выражает отношение: Мои чувства не важны. То, что важно, дано знать вам,

Самовладение влечет за собой способность переносить кем-либо совершенные ошибки, без того чтобы чрезмерно расстраиваться ими. Обычно легко освобождаться от чувства вины признанием или отрицанием их. Но признавать или отрицать чьи-либо ошибки по отношению к шизофреническому пациенту, перед тем как он станет способным вербализовать свое негодование свободно редко бывает желательным, если пациент обвиняет меня в совершении ошибки, я обычно спрашиваю его, " Допустим что вы правы в том что я совершил ошибку, куда она нас ведет ?"

Обычно пациент хочет знать, действительно ли аналитик, во время выполнения и вне своих профессиональных обязанностей, заинтересован в том, чтобы помочь ему. Всегда имеется определенная проверка на этот счет. Вместо того чтобы отрицать или признавать личный интерес прямо, обычно хорошей идеей бывает исследовать вместе с пациентом терапевтические вложения удовлетворяющие или отвергающие особые требования, которые он выставляет или благосклонности , которых он ищет. В результате аналитик представляет собой грубоватого родителя, исполняющего свою обязанность. В конце концов, пациент понимает что аналитик изначально заинтересован в нем и позволяет ему сделать это открытие для него самого.

ГЛАВА 1О
ИНТЕРВЕНЦИИ: РАНГ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

Существуют только два способа отношений к пациенту в аналитических сессиях. Кто-то может молчать, или же кто-то может говорить. думаю молчание первичное, по" тому что, измеряясь во времени, оно является гораздо более важной активностью. Как матрикс для эффективных невербальных коммуникаций, молчание аналитика также катализирует или допускает рост преэдипальной личности.

На ранних стадиях лечения, например, когда пациент развивает нарциссический трансфер, требуется фактически неодушевленное присутствие – желательно такое, чтобы не было слышно даже дыхания - *обездвиженное молчание* выражает послание: не хочу мешать вам никоим образом, *Разделяемое молчание* характеризуется ненавязчивыми изменениями в позе, говорящими личности, которая тем или иным образом выражает желание оставаться молчаливым, о том, что врач не ждет с нетерпением когда с ним заговорят. Суетливость, кашель и резкие движения создают *беспокойное молчание*, которое может тактично выражать противоположное сообщение.

Решение совершить интервенцию – используется здесь в смысле вербального сообщения - является предметом теоретического значения. Для того чтобы максимализировать собственную способность пациента в успешном жизненном функционировании, врач-психоаналитик, как недирективный психотерапевт, соблюдает принцип экономии в коммуникации, оказывая воздействия не более чем это необходимо для того чтобы облегчить нужные изменения в поведении пациента. Интервенции совершаются исключительно с одной целью: разрешить сопротивление.

Такова была цель Фрейда, которую он имел в виду, когда описывал (I895) свою психотерапевтическую активность в "*Случаях истерии*". Его первая формулировка по технике также подразумевает оба широких ранга ресурсов, находящихся в распоряжении врача, для преодоления " постоянного сопротивления" , что он особенно стремился достичь их использованием.

Эти источники, пишет Фрейд, "включают почти всё то, посредством чего один человек может оказывать психическое воздействие на другого", Он защищает пациента потому что сопротивление "может быть разрешено только медленно и постепенно". Полагаясь на развитие интеллектуального интереса пациента, кто-либо может, посредством "объяснения фактов" и предоставления информации о психических процессах, превратить его в сотрудника, и "устранить" (push back) сопротивление, индуцируя эго рассматривать себя с "объективным интересом". Когда мотивы его зашиты обнаружатся, "сильнейшим рычагом" станет "лишение их своей ценности, или, даже, замена их более мощными защитами", для того чтобы усилить их мощность, продолжает Фрейд, терапевт работает как разъяснитель, учитель и духовный отец, предоставляющий прощение с симпатией и уважением. Он предоставляет столько человеческой помощи, сколько позволяет ему его личная способность и симпатия к пациенту ."Непременным условием" для такой активности является предугадать природу случая и мотивы зашиты, а для пациента освободить себя от своего истерического симптома посредством "воспроизведения патогенных

впечатлений, которые вызвали его и получением возможности высказать их с выражением аффекта, таким образом, терапевтическая задача *заключается только в индицировании его поступать подобным образом ..."*[48].

Разочарование будет ожидать того, кто сделает ставку на пробуждение интеллектуального интереса шизофренического пациента или попытается уговорить его сотрудничать "по-человечески" и с "симпатией". Даже сегодня некоторые аналитики рекомендуют тёплую и опережающую манеру для того чтобы установить взаимоотношения с шизофреническим пациентом, считаю что это противопоказано. Вместо этого желательно поддерживать отношение сдержанности, оставаться хладнокровным до тех пор, пока он не разовьёт способность освобождать напряжения ненависти комфортно эмоциональным языком.

Тем не менее, ранний расчет Фрейда, касающийся его техники, необремененной критикой неинтерпретативных интервенций, восхищенно выражает цель и дух интервенций при лечении шизофрении. Ссылка на терпение оказалась кстати. Оно используется не только для того чтобы молчать, но и чтобы говорить одну и, ту же вещь снова и снова со всей вербальной, искусностью, которая может быть наполнена которой кто-либо владеет. Повторение является сутью. Подобно маленькому ребёнку, шизофренический индивид может быть индуцирован для того, чтобы овладеть препятствиями к интрапсихическому росту без предъявления ему больших требований чем он в состоянии удовлетворить, то постепенный процесс,

Принцип вмешательства только тогда когда это необходимо, и столько, сколько это необходимо для того чтобы разрешить сопротивление, выходит за пределы нереальной дихотомии в технике, так как он находится между так называемыми пассивным и активным подходами. Проходящие дискуссии по этому поводу, кажется не отражают широкого использования активных измерений, однако многие соглашаются признать что иногда они необходимы при лечении, С некоторыми шизофреническими пациентами достаточно долгое время можно работать молча; другим требуется большая рабочая активность. Более того, некоторые теоретики считают нужным отметить что тот или иной тип интервенции, такой как интерпретация, является соответственно подходящим или неподходящим. Обычно, в курсе лечения, требуются различные типы вмешательств. Показания и противопоказания к их использованию для работы с сопротивлением предусматривают основу для всесторонней и логической системы интервенций,

Компетентно обученные врачи, несмотря на их теоретическую ориентацию, обычно имеют большие представления о различных техниках, но этого недостаточно для того чтобы использовать эти техники с максимальной психологической эффективностью .Новичок в этой области склонен основывать свей интервенции на приорной идее что определенные типы являются необходимыми, вместо того чтобы рассматривать возможность их применения в данной конкретной ситуации,

Интервенция является ценной только тогда, когда она помогает пациенту оставить паттерн резистивного поведения, который он ангажирует "прямо сейчас". Он может выражать отношения которые являются незрелыми или иррациональными, но, пока он вербализует их спонтанно и с аффектом, нельзя ничего добиться посредством прерывания его для того чтобы концептуализировать эти отношения. Ценность интерпретации содержания определяется её

непосредственным ударом по здесь - и - сейчас сопротивлению. Когда пациент не функционирует кооперативно, хорошим правилом является не вмешиваться до тех пор, пока но станет понятным текущее сопротивление и пока не возникнет решения что делать с ним.

У начинающего, также, могут быть трудности в понимании принципа последовательности в интервенции. Он используется не только при работе с единичным проявлением сопротивления, которое, обычно, вызывает серии коммуникаций, но, также, и в ответ на их бесчисленные проявления на протяжении всего лечения. Поскольку основной характер сопротивления меняется, какой-либо один тип интервенции может становиться более или менее необходимым, чем это было на ранних стадиях лечения. Последовательность сама по себе не является неизменной она может быть открыта для каждого пациента. В общем и целом, тем не менее, эффективные интервенции при лечении шизофрении продвигаются в направлении более сложных уровней коммуникации, от команд и коротких вопросов к объяснениям и интерпретациям. Бессознательные коммуникации в том порядке, в котором они интродуцируются, заключаются в том, что аналитик понимает потребность пациента ассимилировать простые идеи, прежде чем браться за сложные, психология вербального кормления аналогична принципу питания ребёнка - не твердая пища на регулярной основе до тех пор, пока ребенок не будет способен поедать её с лёгкостью.

Любой тип интервенции, который помогает пациенту говорить о том что он реально чувствует, думает и вспоминает без нарциссического умерщвления *обозначается* как *зрелая* (maturational) *коммуникация*. На ранних стадиях лечения, короткий вопрос, который помогает ему артикулировать его впечатления о внешних реальностях (таким образом овладевая фрагментирующими сопротивлениями, которые развиваются обычно когда проявляется интерес к его симптомам, сновидениям и фантазиям) является зрелой коммуникацией, На другом конце континуума находится интерпретация, которая предоставляется когда это требуется пациенту и когда она поможет ему артикулировать его собственные мысли и чувства. Интерпретации, предоставляемые в порядке необходимости для того чтобы разделить инсайт с пациентом не принимая во внимание непосредственные последствия, могут иметь обратный эффект). Терапевтическое намерение, лежащее в зрелой интерпретации заключается в том чтобы помочь пациенту говорить.

Большинство коммуникаций, имеющих созревающий эффект, придерживаются духа старой поговорки: если не можешь победить их, присоединись к ним. В таком духе аналитик часто отвечает на "каменную стену" - сопротивление, либо для того чтобы взять его в фокус, овладев им, либо для того чтобы помочь пациенту перерасти потребность в нем. Термин "присоединение", хотя и является синонимом психологического отражения или отзеркаливания, обозначает своё использование с этой целью. Недирективно, посредством редуцирования давления разрядки побуждений, психологическое отражение служит для усиления преэдипальной личности. Концептуализированный по-разному, рефлективный подход фигурирует в различных системах психотерапии[16], хотя его ценность и показания к его использованию не всегда оказываются специфичными.

[16] Например, как парадоксальная интенция в технике логотерапии Victor`a Francel`a [25]

Использование психологического отражения в недирективной психотерапии должно быть ограничено, на мой взгляд, тем, чтобы помочь ему пациенту кооперативно функционировать в лечебных взаимоотношениях посредством устранения непосредственных препятствий к коммуникации* К сопротивлению присоединяются или его отражают с целью помочь пациенту избавиться от него.

Аналитик может повторять[17] слова пациента, с чувством или без него, в вопросах или утверждениях. Существуют и другие формы присоединения; может отражаться, например, отношение (attitude). В представленных бесчисленных эмоциональных конфрантациях подобного рода, которые часто требуются для того чтобы овладеть "каменной стеной" - сопротивлением, избегается монотонность. Искренность и чистота столкновения вносят важный вклад в эффективность этих коммуникаций.

Некоторые из них испытываются пациентом как удовольствие, другие как неудовольствие; разница часто зависит от тона голоса, в котором осуществляется интервенция, Когда её эффект эго-дистоничен, мобилизуются негативные чувства и активируются защиты от их вербализации. Когда пациент неприятно говорит, приятное присоединение может уменьшить силу сопротивления. Он может чувствовать комфорт и понимание. Когда эго-синтонные коммуникации мобилизуют позитивные чувства, аналитик работает для того чтобы уменьшить сопротивление к их разрядке в речи.

В разделе, который следует далее, показаны типы интервенций которые часто и эффективно используются в работе с шизофреническим пациентом. Затем обсуждается последовательность интервенций в контексте трансферного сопротивления. Также показаны успешные подходы к доминирующему сопротивлению - паттерну бутилирования деструктивной агрессии.

ТИПЫ И ИНТЕРВЕНЦИЙ

КОМАНДЫ (РАСПОРЯЖЕНИЯ)

"Ложитесь на кушетку и говорите" — является типичной переформулировкой основного правила для шизофренического пациента. Вместо этого ему может быть дано распоряжение "рассказать свою историю жизни" или " рассказывать ". Как уже было указано, его не просят ангажироваться в свободных ассоциациях. Постоянные напоминания о правиле излагаются в подобном настроении.

Команды, которые сформулированы в терминах резистивного отношения, часто эффективны в работе с шизофреническим пациентом. Он может сказать, например, что ему больше не о чем говорить. Напоминание о том что ему полагается говорить часто усиливает сопротивление негативно настроенной личности, однако, если ему сказать: "Вы слишком много говорили помолчите остаток сессии," он может ответить:" Не буду" - и продолжать говорить.

Объяснение реальной основы команды больше подходит для того чтобы разрешить сопротивление позитивно настроенной личности. Отражая резистивное отношение женщины, которая "реально не хотела" оставаться на кушетке, аналитик сказал что это не обязательно, но желательно. Затем он помог ей вербализовать все её возражения и обсудил их с ней. Некоторые из них имели определенную

[17] Eissler указывал, что эффект такого повторения может быть приравнен к интерпретации [20]

валидность и с легкостью были признаны. Он сказал:”Я не пытаюсь доставить вам как можно больше удобств, а делаю то, что является наилучшим для лечения". Женщина не стала больше возражать; объяснение помогло ей понять что она имела право защищать себя в отношениях.

Также, могут применяться и контр-команды. Когда приказано сделать что-нибудь, терапевт может сказать:" Вы делайте это". Пациенту который говорит:" Помолчите", можно будет сказать:" Вы тоже помолчите".

С пациентом, который не переносит расспрашивающего подхода, терапевт может использовать распоряжения вместо постановки вопросов. Часто используются выражения типа "скажите мне," "скажите это", и другие короткие утверждения в императивной манере.

ВОПРОСЫ

Вопросы, задаваемые пациентом, обычно встречают вопросами. Если он ни о чем не спрашивает в течение сессии, врач задает не более одного-двух вопросов. Он начинает задавая фактические или объект-ориентированные вопросы. Эго-ориентированные вопросы редко используются на ранних стадиях взаимоотношений.

ФАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Из-за того-то пациенту присуща неясная манера описания внешних событий, может оказаться необходимым спросить его о таких элементарных деталях как: когда и где оно происходило. Его можно, также, спросить об именах людей, которых он упоминает, или идентифицировать книги, театральные постановки и тому подобные подробности. Если он будет это делать с неохотой, аналитик может сказать что его интересуют факты. Вопросы, также, могут быть заданы для того чтобы прояснить или выявить повторяющуюся природу его коммуникаций. Пациента, увязнувшего в неискренней похвале своих родителей можно спросить:" Ваши родители действительно замечательные люди ?"

Расспрашивание для прояснения очевидности: Вместо того чтобы каким-либо образом оспаривать действительность иллюзорной идеи, аналитик может исследовать её с пациентом.

Пациента, который приписывает некоторые из его собственных чувств к аналитику, можно будет расспросить чтобы обеспечить очевидность. Ниже приведена серия вопросов (конденсированных) которые помогают пациенту понять что он проецирует свой собственный гнев.

Вскоре после прихода в офис мужчина заметил:" Вы сердитесь на меня".

А: Что заставляет вас так думать ?
[П: Когда вы открыли дверь, на вашем лице было сердитое выражение.]
А: Я смотрел сердито, когда вы уходили вчера отсюда ?
[П: Нет. вы по-дружески улыбались.]
А: Тогда почему я должен быть сердит на вас сегодня ?

[П:Я не знаю почему. Став думать об этом, когда я пришел сюда сегодня, я начал сердиться на вас из-за того что вы не ответили на вопрос, который я задал вам на прошлой сессии.]

А: Почему я должен сердиться на вас из-за того что вы сердиты на меня за тот не- отвеченный вопрос ?

[П: Может быть вы не сердитесь. Но я думаю что вы рассердились, потому что я был сердит на вас.]

А: Как мы решим этот вопрос ?

[П: Он уже решен. Вы не сердитесь на меня, я не сержусь на вас.]

Аналитик, также, может задавать вопросы один за другим, когда пациент "эготизирует"(интроецирует) чувства.

Когда, например, девушка сказала, что она очень устала, спустя 15 минут после её прихода в офис, выглядя свежей и бодрой, аналитик спросил: "Вы всегда приходили сюда к этому времени, но только первый раз пожаловались на усталость. Как это объяснить ?" Она попыталась это сделать на реальной основе. После того как каждое объяснение, которое она давала, было исследовано вместе с ней, она стала подозревать что чувство усталости не могло быть связано только с ее собственным опытом. Дальнейшие расспросы привели её к заключению, что она обнаружила признаки усталости на лице аналитика, когда он открыл дверь рабочего кабинета, и не захотела сказать об этом.

ОБЪЕКТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ВОПРОСЫ

Вторая серия вопросов , направленных против интроспективных тенденций пациента, привлекает внимание к внешним объектам как к фактору в повторяющейся коммуникации. Если имеется недовольство, терапевт может поинтересоваться: "Я расстроил вас?" или кто-либо из членов его семьи расстроил его дома. Если пациент плачет, ему можно задать такие вопросы как: "Я что-то делаю чтобы расстроить вас?" ; "Я причиняю вам несчастье?" ;"Что я могу сделать чтобы успокоить вас?" Посредством вербального принятия на себя определенного уровня ответственности за огорчение, врач привлекает внимание к тому что другие могут вызывать его или облегчать. Его вопросы часто предполагают что аналитик представляет собой личность с неограниченными возможностями.(Примеры этого "эго-маниакального" подхода приводятся далее.)

ЭГО-ОРИЕНТИРОВАННЫ ВОПРОСЫ

В конце концов, аналитик переходит к третьей серии вопросов. У человека недовольного своим собственным неадекватным функционированием можно спросить что он ожидает достичь своим недовольством. Исследование его желаний и ожиданий часто приводит к обсуждению его мыслей о том, как должно проводиться лечение. Направление расспроса предлагается нижеследующими взаимодействиями.

А: Предположим вы убедили меня что вы настолько неадекватны, каким, вы говерите, являетесь. В каком направлении нам следует двигаться?

[П: Которое поможет вам вылечить меня.]

А: Как это поможет мне ?

[П: Тогда вы сможете понять меня.]

А: Как должно моё понимание помочь вам ?

[П:Это должно помочь мне стать лучше.]

А: Только одно понимание не помогает кому-нибудь становиться лучше. Я демонстрировал понимание, а вы не стали лучше.

[П: Тогда что мне делать чтобы вылечиться ?]

А: То, что вас вылечит, это высказывание ваших воспоминаний, мыслей и чувств так, как они приходят к вам здесь. Моя работа заключается в том, чтобы помогать вам делать это.

Исследование теорий пациента об аналитическом лечении продолжается до тех пор, пока начальные сопротивления к прогрессивной коммуникации не будут оставлены. Это может продолжаться недели и месяцы.

Ожидания пациента: Чем директивно указывать что ожидание, которое сознательно или бессознательно мотивирует резистивное поведение, является нереальным, аналитик может делать как можно больше намеков посредством тактичного расспрашивания.

Юноша, с тяжелыми нарушениями, на вопрос о том, что он думает по поводу того как должно проводиться лечение, ответил, что он хотел, чтобы терапевт "вел себя по-другому". В ответ на дальнейшие расспросы он заявил, что хотел бы, чтобы терапевт стал страдать так сильно, как страдал он, для того чтобы высказать мысли, которые помогут ему чувствовать себя лучше и не брал плату за лечение.

Терапевт ответил что он обсудит страдание с пациентом, предоставив ему бесплатное лечение и сообщив то, что он хотел бы услышать. " Но я хотел бы чтобы вы объяснили мне как такое поведение должно помочь вам стать лучше ?"

Когда мысли пациента повторно исследуются вместе с ним, он обычно начинает понимать, что они не могут способствовать дальнейшему лечению. Тогда он может захотеть

рассмотреть план действий терапевта и построить работу на совместных целях.

Недостатки терапевта: У пациента можно поинтересоваться его впечатлениями об аналитике и его проблемах. Обычной реакцией является удивление или безразличие. Так как реально он не знает аналитика, то его мнение не будет иметь ценности. Такие вопросы должны быть заданы тому, кто более компетентен отвечать. Часто (пациенты-прим.перев.) предлагают: "Вернитесь к вашему собственному аналитику если вам требуется помощь."

Однако врач выражает мысль о том, что то, что он хочет услышать, является впечатлениями пациента. "Вы чувствительны к людям. Если вы расскажете мне то, что вы обо мне думаете и поможете мне с моими проблемами, возможно я смогу быть более полезным вам и другим пациентам".

ОБЪЯСНЕНИЯ

Когда лечение начато, кратко даётся объяснение его требований. Врач повторно объясняет что всё, что бы он ни говорил в сессиях, он говорит только для того, чтобы помочь пациенту высказывать чувства, мысли и воспоминания, которые

приходят к нему в данный момент – а не для того, чтобы воздействовать на его поведение вне отношений.

Время от времени, с целью облегчения раппорта, аналитик предлагает объяснения по темам, поднимаемым пациентом - новости дня, социальные, культурные события и тому подобное.

В этих обсуждениях аналитик не высказывает своего личного мнения. Он представляет различные точки зрения на спорные темы и соответственно отражает вопрос:" А что вы думаете ?" Объяснения поведения следуют подобному паттерну. Терапевт помогает пациенту понять, что существует более чем одно решение проблемы, и что каждая альтернатива имеет свей достоинства и недостатки.

Информация предоставляется тогда, когда она должна облегчить коммуникацию и удерживается, когда она может вызвать обратный эффект. Например, на вопрос читал ли он книгу, упоминаемую пациентом, аналитик может сказать: "Почему вы спрашиваете ?" Если пациент ответит что он хотел бы обсудить её, ему можно будет сказать:" Лучше обсудить книгу не зная, читал я её или нет". Пациент, если он кооперативен, должен тогда вербализовать свои впечатления о книге. После этого аналитик может сказать: "Я читал (не читал) эту книгу".

Хотя он не отвечает на вопросы, которые должны помочь пациенту описать его собственный опыт и восприятия, аналитик обычно подтверждает точное восприятие его самого как личности, затем это адекватно объясняется. Например, на вопрос гулял ли он воскресение вечером в Центральном Парке, он может спросить: "Почему вы хотите знать ?" У пациента, отвечающего: "Я думаю, что я видел вас там," спрашивают конкретные детали. После того как он опишет точные время и место, аналитик может сказать:" Вы правы".

ЭГО-ДИСТОНИЧЕСКОЕ ПРИСОЕДИНЕНИЕ

Погода: Когда пациент, монотонно жалуясь на погоду, спрашивает: "Разве это не достаточно скверно ?" терапевт может сказать: " Вы думаете можно что-нибудь сделать с барометрическим давлением ?" В другом случае он может ответить на подобный вопрос, спросив: "Вы думаете это вы испортили погоду ?" или " Вы полагаете что она отражает ваше скверное расположение ?"

Разваливание на части: Работая с принудительным повторением, врач некоторое время может спрашивать пациента, а затем делает утверждения, которые отражают паттерн в той же или несколько преувеличенной манере.

Когда пациент повторяет что он становится растерянным, чувствует нереальность, теряет своё самообладание– "разваливается на части", как он это часто называет – вначале ему можно будет задать некоторые фактические вопросы. Например, когда он впервые испытал такие чувства; беспокоили ли они его в тот самый момент; не могут ли они быть связаны с чем-либо происходящим на сессии?

Если он продолжает жаловаться, у него можно спросить мог ли аналитик вызвать эти чувства. После этого пациенту можно задать вопрос:" Зачем вам нужно самого себя разваливать на части ?"

Вместо того чтобы задавать вопросы, аналитик может сказать что он тоже чувствует нереальность и растерянность. Поскольку он повторно отражает паттерн, блокирующий эмоциональное высвобождение, он может указывать на различные

уровни растерянности - " несколько растерян, но не так сильно как вы," "гораздо сильнее растерян", и так далее.

Нейтрализация с намеками: Если пациент ищет совета, врач может спросить:" Что заставляет вас думать что я должен давать вам советы ?" Частое возражение:" Я за это плачу!" можно встретить напоминанием: " Вы платите мне за ваш анализ, а не за советы".

Часто аналитик нейтрализует просителя советов намёками или рекомендациями. Большинство возможных направлений действия объективно обрисовываются в общих чертах и пациенту помогают свободно вербализовать его реакции на каждую альтернативу.

Однако этот подход редко удовлетворяет его. Обычно он хочет знать " что бы вы сделали на моем месте". Терапевт может тогда спросить: " Какая вам будет разница если я скажу вам как бы я поступил ?" если пациент ответит что информация поможет ему принять собственное решение, аналитик может сказать: "Почему вы разрешаете мне каким-либо образом влиять на вас ?"

Встреча угроз угрозами: аналитик может сказать: " Не действуйте, только говорите, пожалуйста". Его напоминания о том, что все силы должны быть вложены в язык, могут даваться мягко, с просьбой , убедительно или выражаться более строго.

Личности, которая угрожает уйти, "если вы не скажете мне" можно будет сказать: "Если вы не будете говорить тем способом, который я вам предложил, я закончу эту сессию прямо сейчас". Непристойностям и оскорблениям можно противостоять подобным же образом.

Когда коллега студент, упорно маневрирующий для контроля, намекнул что его отец не разрешает ему больше приходить, аналитик сказал: " До тех пор, пока вы не убедите вашего отца согласиться, я могу остановить лечение". Другой юноша, который пытался заставить аналитика говорить с ним, крикнул что он "встанет с кушетки и ударит его по голове". Аналитик ответил: "Я ударю вас прежде чем вы подниметесь с кушетки".[18]

Подражание эго: Аналитик может сказать: "Да согласен с вами" - личности, которая низко себя оценивает, или повторить его утверждение с некоторой долей преувеличения. Пациенту, застрявшему на мысли что он является "наихудшей личностью из всех живущих", можно будет сказать, что он является наихудшим и из тех," кто когда-либо жил". Обычно он показывает что, хотя он и действительно настолько плох, насколько представляет себя, ему лучше было бы не слышать этого от аналитика. Таким образом, убедительное эго-подражание такого рода имеет эффект конечного смещения цели атаки с эго на объект.

Повторяемые оценки завышенного или посредственного "Я", также могут быть приветствованы "да, вы являетесь таковым".

Переоценивание объекта: Вместо эго-подражания, аналитик может представить себя как его психологического двойника. Отражая повторные оценки пациентом себя как "величайшего", врач временами говорит подобно эго-маньяку. Высвечивая тщеславные отношения крайне самоцентрированной личности, он

---

[18] Повторение угроз служит для того, чтобы смягчить чувство вины пациента за них

может сказать в результате: ”Я наимощнейшая, всезнающая, исключительная личность в мире, которая сможет вам помочь”.

Обесценивание объекта: В другое время, отражая повторяющиеся описания пациентом самого себя как наиболее неадекватного или презренного человеческого существа, аналитик может произнести: "И я тоже!" Он представляет себя как подавленного и униженного, говоря, в результате, я тоже неудачник. Отношение пациента может быть отражено истинным или же несколько преувеличенным образом.

Эти конфронтации, усиленные эмоциональным зарядом объективного контртрансфера, осуществляются после того, как пациент проявит определеннее чувство к аналитику как ко внешнему объекту. Они могут быть утилизированы для того чтобы работать с характерным аспектом нарциссической зашиты — скромным эго, распростершимся перед замечательным объектом, чтобы не рисковать потерей его ценных услуг.

Почти неминуемо приходит время когда обе стороны чувствуют, что лечение потерпело неудачу. Утверждения аналитика (суммированные)[19] подлинно отразили его чувства во время взаимодействия, описанного ниже. В этой сессии его усилия обратить поток мобилизованной агрессии с эго на объект оказались успешными.

Девушка жаловалась что она чувствует себя подобно "безжизненному призраку". Она не могла утвердить себя в социальных ситуациях; кроме того, она никогда не спрашивала дат.

А: Очевидно, я не помог вам.

[П: Я извиняюсь за то, что изобразила такую мрачную картину. Это мой недостаток, а не ваш.]

А: У меня есть ваш недостаток.

[П: Вы делаете мне неприятно, когда так говорите. Я предпочитаю думать что это я нахожусь в затруднении. Я говорю вам что у меня есть недостаток досаждать вам, но он у меня действительно есть, не потому что я не делаю или не чувствую что-либо.]

А: Я отвечаю за это.

[П: Вы можете показать мне как ходить, но вы не сможете ходить за меня. Зачем обвинять вас, если я не хочу двигаться? Хотя, в чем-то вы правы. Мне следовало бы выйти замуж, вместо того чтобы всегда сидеть одной и ничего не делать. Сейчас вы заставляете меня чувствовать ужас. Почему вы должны так поощрять меня работать над чем-либо. Я ненавижу говорить об этом, но вы действительно должны помогать больше чем вы делаете. Нет это не правда. Я не сотрудничала. Я должна была говорить более свободно.]

А: Вы говорили свободно.

[П: Вы уверены ? Вы правы. Я говорила вам обо всем, но это не помогло. Что толку в том, что я вложила в это лечение всё своё время и деньги ? Если вы заставите меня поверить вам, я буду слишком сумасшедшей чтобы когда-нибудь придти снова.]

---

[19] Более полно диалог описан в другом месте [81]

А: Почему вы не можете стать сумасшедшей и приходить снова. Даже если у меня есть недостатки, все это можно изменить. Я могу начать понимать вас, если вы будете помогать мне.

[П: (крича): Это будет слишком дешевый способ для вас, ведь если вы не помогли мне сейчас, вы никогда не поможете. Кроме того, с каких это пор моей ***работой стало помогать вам ? Если*** вам ***требуется помощь, то идите и покажитесь вашему аналитику.]***

А: Вы свободно говорили здесь, однако не пытались помочь мне сделать вас такой популярной, какой вы хотите быть. Мы должны работать вместе для того, чтобы достичь этого, если вы будете проявлять больше инициативы.

[П: ... Я слишком сильно ненавижу вас, чтобы помогать вам. О, нет! Я буду помогать вам в могиле. Если я позволю опуститься в то, что вы называете моим лечением, я сойду с ума, закричу и перережу себе горло. Нет! Вы тот, кого следует посадить в тюрьму, за то, что вы привели меня в такое состояние. Мне было слишком хорошо говорить вам о том, что я думала о вас вначале, но сейчас я настолько больна, что мне все равно. Мне следует пожаловаться на вас и судить вас за мои деньги. Если я разорву вас на части, я смогу доказать свою болезнь и останусь безнаказанной. Вы завели меня в беду и теперь должны вывести меня из неё.]

А: Почему вы не выводите меня ***из неё ?***

[П: Я не пошевелю даже мизинцем чтобы помочь вам (усмехаясь). Вы видите как я ненавижу вас, когда вы не позволяете делать мне то, что я хочу. Если вы не позволите мне победить, я не позволю вам тоже, даже если всё моё лечение пойдет на смарку. Теперь вы видите какой свирепой я могу стать, когда я себе это позволяю. И внутри меня имеется достаточно много гнева.]

"*Более сумасшедший" пациент*: Терапевт, говоря в серьёзной манере, может придерживаться пункта абсурдности опрометчивого проекта или нереальной мысли, занимающей пациента,

Мужчину, застрявшего на своей цели публиковать книги на микрокартах, спросили, рассматривал ли он, также, возможность публикования газет, банковских чеков и персональных писем на микрокартах. Другому мужчине, постоянно хваставшемуся своей способностью нарисовать кинопроектор, который сделал бы его богатым, было предложено попытаться изобрести проектор, который бы показывал картины на экране в отдаленном месте. “Вы действительно странный", — воскликнул он.

Посредством таких взаимодействий появляется мнение что если аналитик, со всеми его безумными идеями, может жить в реальном мире, пациент тоже должен быть способен справляться с ним.

Самоубийство или убийство пациента: Когда пациент высказывает самоненавистнические или суицидальные мысли, аналитик может сказать: "Я ненавижу самого себя. Я чувствую что тоже могу покончить с жизнью".

[П: Вы не сделаете этого. Почему вы должны захотеть убить себя?]

А: Вы думаете мне нравится сидеть в этой мрачной комнате, час за часом выслушивая ненавистных личностей, подобных вам?

[П: Тогда идите и утопитесь!][20]

Эго-ориентированный подход к подобному повторяющемуся паттерну в конце концов может быть использован когда врач может спокойно сообщать смертоносные чувства пациенту, который привычно говорит о желании разрушить себя. Ниже приведены серии взаимодействий (в течении многих сессий), которые привели к экстернализации импульсов пациента убивать.

[П:ß ненавижу себя. Я хочу убить себя.]

А: Иногда я ненавижу вас и хотел бы убить вас.

[П: Вы не можете этого сделать. Вы не ненавидите меня.]

А: Почему я не могу ненавидеть вас? Почему я не могу чувствовать желания убить вас?

[П: Может быть у вас есть желание убить меня, но лучше мне сделать это самому.]

А: Если ваша жизнь действительно ничего не стоит, зачем лишать меня удовольствия положить конец вашим невзгодам? Вы будете благодарны за убийство.

[П: Вы действительно так думаете?]

А: Почему я не должен так думать? Некоторые врачи рекомендуют эфтаназию чтобы облегчить невыносимые и нескончаемые страдания. Был бы рад сотрудничать с ними.

[П: Каким образам вы собираетесь это сделать?]

А: Есть множество способов. Я опишу вам их, а вы сможете сделать свой выбор. Вы хотите оставить суицидный тон ?

[П: Я начинаю думать что вы можете действительно получить удовольствие, убивая меня.]

А: А почему бы это не доставило мне огромного наслаждения?

[П: Идите к черту! Я не заинтересован в том, чтобы доставлять вам удовольствие. Лучше я убью вас первого.]

Успех!

ЭГО-СИНТОННОЕ ПРИСОЕДИНЕНИЕ

Теплое согласие: Аналитик может вербально присоединяться к негативным взглядам пациента на членов его семьи или человечество в целом. Например, если пациент говорит что его родители "невыносимые люди", терапевт может выразить согласие. Если пациент выражает мнение что аналитики плохие, ответ может быть таким: " Я согласен с вами. Иногда даже я бываю плохим." Если он снова и снова говорит что мир - это страшное место, наполненное отвратительными людьми, аналитик может ответить: " Вы правы. Мы все катимся в ад!"

Он может потворствовать эмоциональному взрыву против того, о ком рассказывает пациент. Студентка, описывающая опыт унижения, сказала что один из её инструкторов насмехался над ней перед всем классом и не оставил ей

[20] Если он выражает симпатию, интервенция безуспешна.

возможности защитить себя от его несправедливой критики. Терапевт воскликнул: "Какой ужасный инструктор! Он был абсолютно не прав, угрожая вам таким образом."

Когда мужчина, покидавший офис, бранил себя за то, что использовал сессию скорее для отдыха, чем для работы, аналитик заметил: " Вы имеете право тратить время". "О.К. Это мой потраченный час", — добавил он. На что ему ответили: " А я плохой аналитик, который позволяет и помогает вам тратить его".

Аналитик может ответить похвалой и одобрением , когда пациент ссылается на желаемое направление поведения или сказать что другие находятся в "подобном положении". Если, например, он цепляется за мысль, что ему требуется "хороший ночной сон", ему можно будет сказать, что аналитику он также требуется. Студенту, который описывал посещение поздней вечеринки со своей подругой, было сказано: "Она, вероятно, тоже хотела спать". Далее, ответ на сообщение мог быть таким: "Хороший ночной сон предоставит вам мир доброты".

Моделирование нового поведения: Директивно или недирективно аналитик может моделировать соответствующий паттерн поведения.[21]

Он может сказать, отражая эмоциональное отношения пациента: "Вы похожи на абсолютно никчемное человеческое существо".

[П: Это то, о чем я вам уже говорил.]

А: Вы не должны соглашаться со мной. Вы должны сказать чтобы я замолчал.

[П: Действительно. Вы слишком много говорите. Вы не должны говорить мне такие вещи.]

Юношу, который повторно высказывал свои фантазии о том, чтобы отрезать свои тестикулы и мелодраматически предложить их своей матери, спросили, не кастрирует ли он самого себя для аналитика. Эта идея ужаснула его; он ничего не мог сказать. Аналитик спросил: " Почему вы не разозлились на меня за то, что я задал вам такой вопрос? Любой человек, которому задали бы такой вопрос, послал бы меня к черту". В течение пяти минут юноша громко смеялся. Интервенция разрешила его поглощенность ужасающими кастрационными фантазиями [105].

Вспомогательное эго: время от времени, когда пациент повторно сомневается в своей способности что-нибудь сделать, что по его мнению, было бы в его интересах, аналитик может предложить ему помощь или сделать это за него. (Тем не менее, интервенции, которые должны заставить замолчать пациента, сюда не включаются). В роли дополнительного эго врач вносит особого рода предложение, которое должно мобилизовать пациента говорить, затрачивая собственные усилия.

Юноша, затаивший глубокие опасения по поводу готовящейся карьеры, сомневался, говорить ли ему по этому поводу со своим отцом. Аналитик спросил: "Вы хотите чтобы я поговорил с вашим отцом ?"После того как были исследованы все за и против подобного заступничества, пациент решил дать объяснение самостоятельно.

---

[21] Эти интервенции незаметно переходят в парадигматические подходы, описанные Marie Coleman Nelson [83]

ЗРЕЛЫЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Препятствия к прогрессивной коммуникации не концептуализируются как эго-деффекты. Аналитик объясняет их в терминах причины и следствия, как нормальные личностные тенденции, чрезмерное развитие которых было неизбежным в данных обстоятельствах; другая альтернатива была невозможной. Пациенту, который спрашивает, например, почему он так нарциссичен, можно будет сказать: "Вы были очень депривированы в ранней жизни и у вас развились достаточно сложные проблемы. Как результат этого, вы часто становитесь самопоглощенным". Ситуация объясняется в этой эго-синтонной манере, когда пациент хочет получить интерпретацию и когда, по мнению аналитика, нужно будет помочь пациенту ответить дополнительными мыслями, чувствами и воспоминаниями. В конце концов, он получает общее объяснение значимых паттернов трансферного сопротивления.

Интерпретации представляются в той же последовательности, что и вопросы. Повторяющийся паттерн вначале описывается в терминах общего опыта. Позднее, используя доказательства своей позиции, аналитик даёт свои объяснения в терминах собственных объектов пациента. Эго-ориентированные интерпретации представляются последовательно, когда пациент требует их и уже может переваривать и ассимилировать их.

Если, например, пациент спрашивает почему он ненавидит себя, аналитик может указать, что многие люди так поступают, потому что в их детстве они предпочитали ненавидеть самих себя, чем ненавидеть своих родителей. Чувства самоненавистничества интерпретируются тогда в контексте ранних взаимодействий пациента с его собственными родителями и другими значимыми объектами. В интерпретациях, представленных на поздних стадиях лечения, может доминировать тема: вы ненавидите себя, потому что ненавидите способ вашего поведения.

Пациент, с сильным чувством вины по поводу мастурбации, часто спрашивает сможет ли он отделаться от этого. Аналитик не выражает ни одобрения, ни неодобрения. Он может сказать что мастурбация приносит людям удовольствие, потому что она уменьшает сексуальное напряжение; с другой стороны, она имеет тенденцию изолировать их. Следовательно, когда кто-то хочет быть социабельным, желательно ограничить такое занятие, и, наоборот, когда кто-то не хочет быть социабельным, хорошей мыслью будет мастурбировать больше.

Если пациент продолжает поднимать эту тему, терапевт может оказать ему, что другие пациенты описывали свое мастурбаторную активность и свой опыт отказа от неё. Стандартные интерпретации предлагаются позднее, если пациент действительно заинтересован в понимании своих собственных мастурбаторных побуждений.

Плач (Crying) и другие превербальные резистивные паттерны могут быть интерпретированы шизофреническому индивиду после того как будет показано что они временно обратимы. До этого времени, на вопросы о паттернах отвечают контрвопросами и отражающими интервенциями.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ И ТРАНСФЕРНЫЕ СОСТОЯНИЯ

НАРЦИССИЧЕСКИЙ ТРАНСФЕР (РАННЯЯ СТАДИЯ)

Указания (обычно произносимые как команды) и вопросы, чередующиеся с утверждениями, отражающими повторяющиеся утверждения пациента, являются доминирующими типами интервенций на протяжении этой стадии. Аналитик, задавая несколько вопросов пациенту, который не пытается установить контакт на протяжении сессии, приучает его (посредством идентификации) к мысли, что он может задавать их и обеспечивает скрытую форму вербального питания. Пациенту говорят что он кооперативен, когда он свободно говорит на любую тему, и ему помогают артикулировать свои неприятные мысли и чувства.

Если он часто повторяет что он несчастен, ему можно будет сказать: " Вы имеете право быть несчастным". Если он говорит что очень расстроен, аналитик может сказать: "Вы можете расстраиваться до тех пор, пока не захотите описать это. Важно не само чувство, а то, что вы говорите о нём". Пациента, который стал беспокойным и сообщил, что он хочет подняться с кушетки, вначале можно будет спросить почему он себя так чувствует однако, если он начинает настаивать, аналитик может спросить: " Почему вы не встаёте с кушетки, если вам так плохо?" Пациенту, который говорит что не хочет разговаривать, можно будет сказать что ему предлагается говорить независимо от того, хочет он этого или же нет. Если он жалуется что не получает какую-либо информацию, терапевт может спросить: " Почему я должен её вам давать?" или "Почему я не даю вам какую-либо информацию?" Ответы пациента на такие вопросы извлекаются и обсуждаются чтобы помочь ему высвобождать враждебность в постепенно возрастающих дозах, уменьшая таким образом опасность, что он будет реагировать эксплозивно, поскольку его неудовольствие лечебной ситуацией возрастает. (Даже когда его возражения повторно исследованы, пациент может крикнуть: "Будьте вы прокляты, я не предполагал только лежать здесь и говорить".)

Вопросы, сфокусированные на себе самом, также помогают аналитику признавать и понимать любое искушение обеспечить большую вербальную поддержку, чем это необходимо для того, чтобы овладеть сопротивлением. Он обычно начинает осознавать сильное желание облегчить дискомфорт или смягчить ненависть. Чем действовать в терминах этих чувств, лучше ограничить себя интервенциями, которые облегчат разворачивание нарциссического трансфера.

Так долго, как это необходимо для терапевтических целей, он также удерживается от того чтобы утверждать себя каким-либо образом, который разрешил бы его. Например, он не говорит пациенту, который спрыгивает с кушетки и угрожает насилием: "Успокойтесь, я не ваша мать (или отец)". Когда такие инциденты описываются в супервизии, я обычно указываю два способа работы с ними. Можно объяснить пациенту быстро и твердо чтобы он лег на кушетку; для него гораздо предпочтительнее почувствовать как он делает, а не вести себя соответствующим образом. С другой стороны, аналитик может дать интерпретацию, указывающую значение своего собственного поведения, такую как "Вы спрыгнули с кушетки потому что я вызвал так много эмоций". В процессе исследования просьбы пациента об информации, без предоставления её, аналитик почувствовал искаженные восприятия самого себя. Подозрительному пациенту, который спросил: "Вы не агент ФБР?" был дан ответ:

А: Почему вы спрашиваете?

[П: Если да, то я не приду сюда больше, если нет, то я подумаю.]

А: В таком случае, если бы я захотел удержать вас как пациента, я должен был бы сказать что я не агент ФБР. А если я захотел бы избавиться от вас, я должен был бы сказать вам что я агент ФБР.

[П: Вы действительно так думаете?]

А: Вы полагаете я должен вам лгать?

[П: Да, я думаю вы солжете. Я не доверяю вам. Полагаю здесь не место задавать вопросы.]

В другое время, когда пациент вербализует подобные подозрения, ему задают вопросы для достижения дальнейшего результата: Что если я работаю на ФБР? Почему вы думаете что я это делаю? Что я должен был бы выведать, работая на ФБР? Допустим что вы правы, зачем я работаю на ФБР? Зачем бы я захотел сообщать о вас? Какую информацию о себе вы хотите утаить?

НАРЦИССИЧЕСКИЙ ТРАНСФЕР (ПОЛНОЕ РАЗВИТИЕ)

Нарциссически-трансферное сопротивление, очень сильное в этот период, первично разрешается посредством присоединения к нему. Отражаются любые паттерны, которые проявляет пациент.

Например, если он говорит что чувствует ужас и что ему становится хуже, аналитик может сказать: "Вы знаете, я начинаю чувствовать ужас. Мне кажется что я хуже себя чувствую".

Личности, которая говорит что не может больше лежать на кушетке, можно будет сказать: "Со временем вы найдете кушетку невыносимой и захотите встать с неё".

Когда он повторяет что безнадежен и неизлечим, аналитик может сказать:" Вы правильно делаете. Вы говорите мне только то, что вы чувствуете. Вопрос заключается в том, являюсь ли я безнадежным и неспособным вылечить вас. Пока вы говорите мне о том что вы чувствуете, думаете и вспоминаете, единственный выход состоит в том, способен ли я работать с вашими чувствами. Может быть я безнадежен может быть я неспособен вылечить вас".

Различные процедуры присоединения, подобные тем что уже были проиллюстрированы, высвечивают повторяющееся поведение. Подобные типы ответов могут использоваться повторно, или же различные серии могут чередоваться до тех пор, пока бессознательный эмоциональный заряд, мотивирующий повторяющуюся коммуникацию, не освободится в речи.

КОЛЕБАНИЯ ТРАНСФЕРНЫХ СОСТОЯНИЙ

Поглощенность аналитиком становится все более важной темой в повторяющихся коммуникациях пациента. Например, после того как он сказал что чувствует себя несчастным, он может продолжать: " Нет, это вы несчастный. Вы заставляете меня чувствовать себя таким". Аналитик может сказать: "Предположим что я оказываю несчастливое влияние на вас, но как я вызываю его ? Что я могу сделать чтобы облегчить это?" Характерно, пациент отвечает что он не хочет думать

о вас; он только хочет сказать вам что он чувствует ужас. Тогда аналитик может спросить: " Почему я должен помогать вам чувствовать себя лучше, если вы не хотите помочь мне? Почему вы не хотите сказать мне что я такого делаю или говорю, что заставляет вас чувствовать себя таким несчастным?"

Поскольку аналитик продолжает фокусировать большее внимание на себе самом, пациент начинает больше осознавать и поглощаться им. Он сообщает это осознание и высказывает все больше чувств к аналитику как к отдельной персоне. К этому времени, повторяющийся паттерн, который предварительно отражался, может быть объяснен. Вместо того чтобы продолжать исследовать искаженные восприятия пациента в уклончивой манере, аналитик теперь может работать с ним на реальной основе. Он может заявить, возвращаясь к приведенной ранее иллюстрации: "Нет никакого смысла сообщать о вас в ФБР".

В конце концов, пациент устает от ощущения связанности своими незрелыми отношениями. Пресытившись конфронтациями со своим старым образом мыслей и чувств, он склонен коммуницировать более прогрессивно. Так как он поворачивается к новым мыслям и опыту, он хочет слышать что-нибудь новое. Аналитик все чаще и чаще предоставляет зрелые интерпретации на протяжении этого периода.

В состоянии объектного трансфера, шизофренический пациент начинает все чаще осознавать позитивные чувства. Если он стесняется выражать их, аналитик может сказать: "Почему я не даю вам почувствовать себя непринужденно?" На такое сопротивление обычно отвечают стандартными подходами.

Стадия лицемерия: В процессе оставления старых эго-состояний и приучения себя к новым способам функционирования, шизофренический пациент характерно описывает что точно не знает как он хочет себя вести. Он чувствует себя подобно актеру, которому предложили выбор ролей, и может сказать что, с целью понять которая из них является более естественной для него, он должен попробовать их все. Он может приравнять подлинность к полному неповиновению и неконтролируемому поведению, и склоняется к мысли что он лицемерит, когда ведет себя иначе.

Присоединяясь к этому сопротивлению, аналитик может сказать: "Вы определенно должны чувствовать себя лицемером, если ваше поведение не совпадает с вашими чувствами". Он может заметить: "Все люди лицемеры. Кто-то учится выглядеть хорошим, ведя себя определенным образом в социальных ситуациях, независимо от того, что он чувствует". Повторяющиеся жалобы на то, что трудно стать подлинной личностью часто приводят к напоминаниям о том, что Шекспир рассматривал весь мир как сцену, а всех мужчин и женщин как "просто актеров".[22]

ОБЪЕКТНЫЙ ТРАНСФЕР

Исследование является основным тоном заключительной стадии лечения. Большинство вопросов задаются для того чтобы помочь пациенту ангажироваться в самоанализе и вербализовать его собственные мысли о его проблемах.

[22] Пациент может сообщать о новом или усилившемся интересе к одежде и общественным приличиям в этот период. Некоторые индивиды записываются на различные курсы умений или присоединяются к любителям драматических или танцевальных групп; другие постоянно читают книги по этикету.

Дополнительного понимания, которого он хочет, сообщается столько, сколько он способен ассимилировать. Отвечая на очевидность прогресса в этом занятии похвалой и восхищением, аналитик, в результате, представляет парадигму истинно любящего родителя.

Пациент часто оказывается крайне заинтересованным в исследовании своей жизненной истории и каждого аспекта своего текущего поведения, он даже может захотеть узнать как проводилось лечение. Любые объяснения, которых он может просить об изначальной терапевтической стратегии или краткого изложения того, как та или иная гипотеза применялась к его собственному лечению, предоставляются только после того, как разрешится проблема фрустрационной агрессии.

Но, даже когда он понимает себя, временами он проявляет старые резистивные отношения. Когда они признаются, аналитик использует процедуры присоединения, к которым пациент был наиболее восприимчив на ранних стадиях лечения. Объяснения инфантильных паттернов, которые появляются снова, редко бывают полезными; пациент обычно осознаёт их и обескураживается их появлением. Он может подумать, почему это не обескураживает аналитика также, как и меня. "Я не изменилась, так почему вы так упорно работаете чтобы вылечить меня?" — сказала одна женщина. Я ответил что её собственный фантазийный мир был более хорош, чем тот, в который она входит. Она хотела знать почему тогда она должна жить в нем. Я ответил: "Потому что я хочу чтобы вы составили мне компанию в этом несчастном мире".

Токсоидный ответ: В процессе стабилизации более зрелых паттернов реагирования, которые пациент сформировал во взаимоотношениях, аналитик пытается также иммунизировать его от любых тенденций вернуться к шизофренической реакции, при столкновении с очень стрессовыми ситуациями в будущем. В подходящих ситуациях, чувства, реально индуцированные трансферным поведением пациента, скармливаются ему обратно постепенными дозами. Эти так называемые токсоидные ответы [107], проводимые с большой осторожностью чтобы предотвратить нежелательные реакции, продолжаются до тех пор, пока пациент отвечает на эти инъекции индуцированных чувств эксплозивным путем, молчанием или демонстрирует какие-либо другие регрессивные тенденции. После того, когда он принял терапевтическое намерение этих интервенций и указывает что у него имеется еще достаточно "старой дряни" можно считать, что серии этих маневров достигли своей цели.

Упорное сопротивление в случае юноши, который проходил лечение после психотического распада заключалось в том, что сам он называл так: "Я жестоко пытаю себя за то, что я пытаю себя" [105]. Паттерн был оставлен, а другие регрессивные тенденции были разрешены после длительного периода анализа. Когда анализ близился к завершению, в то время как пациент удачно женился и начинал наслаждаться жизнью, он однажды пришел в офис в мрачном состоянии. Юноша пожаловался, что его настойчивые попытки убедить своего работодателя модернизировать методы его бизнеса ни к чему не привели. Это было его огромной ошибкой и собственным недостатком не иметь достаточной самостоятельности и

позволить боссу доставить ему столько "неприятностей". Он ругал себя снова и снова за попытку поправить дела.

Когда старый паттерн самоистязания был признан, пациент был присоединен к этой идее:

А: Зачем вы мучаете себя если ваши усилия не оцениваются?

[П: Почему вы так думаете ?]

А: Разве вы не говорили что вы неспособны реализовать ваши идеи?

[П: (после паузы); Что вы задумали ?]

А: Не думаете ли вы что ваш босс должен принять ваши предложения, если вы представите их достаточно убедительно ?

[П: Бросьте. Вы мучаете меня таким же образом, каким я привык истязать себя. С меня достаточно ваших обвинений.]

А: Вы действительно так думаете ?

[П: Абсолютно. Мне больше но требуется никаких уроков по самоистязанию, потому что я больше не намерен мучить себя.]

А: Если вы захотите начать снова, я готов помочь вам.

[П: Не беспокойтесь. Я никогда не дам вам такого шанса.]

КАК МОЖНО ВЛИЯТЬ НА РЕЗИСТИВНЫЙ ПАТТЕРН

Разные подходы к одному повторяющемуся паттерну коммуникаций облегчают переход пациента от деструктивной самопоглощенности к поглощенности аналитиком и, в конечном итоге, к желанию понять как развивалась его личность, Маленький отрывок, который приведен ниже, раскрывает основную природу интервенций на каждой стадии лечения, когда пациент увяз в самообвинениях.

НАРЦИССИЧЕСКИЙ ТРАНСФЕР (РАННЯЯ СТАДИЯ)

Пациент снова и снова говорит что ему очень плохо. Он не понимает “что не так”, но раздражается и досаждает самому себе. Он подавлен и расстроен. Ничего кроме этого.

Аналитик отвечает на его вопросы об этих чувствах объект-ориентированными вопросами. Например: когда впервые появились эти чувства? Кто заставляет вас чувствовать себя таким образом? Могут ли эти чувства сделать что-нибудь со мной? Один или два таких вопроса могут быть заданы в сессии, если пациент не предоставляет никакой информации.

Пациент характерно отвечает что он не знает, или "не имеет значения", когда эти чувства стали развиваться. Он просто чувствует ужас. Эти чувства ничего не могут сделать с аналитиком. Почему вы задаете мне такие вопросы? Они не помогают мне.

НАРЦИССИЧЕСКИЙ ТРНСФЕР (ПОЛНОЕ РАЗВИТИЕ)

Пациент жалуется что ему стало хуже. Он продолжает досаждать и раздражаться на самого себя. Он ненавидит себя более чем когда-либо и не может чувствовать большей безнадежности чем он чувствует. Он целый день продолжает думать о том, что ничего нельзя сделать для него.

Он не может выносить самого себя. Нельзя ли что-нибудь сделать для того чтобы помочь ему?

А: Что я могу сделать чтобы помочь вам?

[П:Я не знаю. Я только знаю что мне плохой. Я ненавижу себя за это. Не могли бы вы что-нибудь сделать для меня?]

А: Что вы хотите чтобы я сделал?

[П: Скажите мне что-нибудь.]

А: Что я должен вам сказать?

[П: Я не знаю. Но не могли бы вы что-нибудь сказать, чтобы успокоить меня?]

А: Поможет ли это вам, если я скажу что я чувствую себя несчастным и безнадежным, что я ненавижу себя?

[П: Нет, это не поможет. Вы совсем не помогаете мне. Я просто не могу выносить этого. Я так ненавижу себя. Я не могу выносить того, что я думаю и чувствую.]

А: Я скажу вам, что я начинаю чувствовать то же самое. И вы знаете, я не могу выносить того, что я чувствую.

[П: не верю вам. Вы так не думаете. Вы просто говорите и имитируете меня. Это ужасное состояние страха. Я чувствую себя хуже всегда, когда прихожу сюда. Никто не помогает мне. Ничего не произойдет такого, что уменьшило бы мое ужасное уныние и пытку.]

А: Я охвачен унынием и, даже, несчастьем. Я думаю вы не поможете мне.

[П: Почему я должен беспокоиться о вас? Вы должны сами беспокоиться о своих проблемах.]

А: Тогда почему я должен беспокоиться о ваших проблемах?

[П (усмехаясь): Когда вы задаете мне такой вопрос, я чувствую себя лучше. Не спрашивайте меня почему. Я не знаю.]

КОЛЕБАНИЯ ТРАНСФЕРНЫХ СОСТОЯНИЙ

[П: Я чувствую ужас. Мне бы хотелось убежать от самого себя. Я говорю вам, как сильно я ненавижу самого себя, а вы просто сидите там, подобно мумии, и ничего не делаете чтобы помочь мне. Все что вы делаете является имитацией, передразниванием меня и понтификацией. Кажется, вы все время думаете только о себе – как вы несчастны. Вы ни в малейшей степени не заинтересованы во мне. Я здесь нахожусь в этом несчастном состоянии, а вы даже не пытаетесь сказать мне, почему я чувствую себя таким несчастным.]

А: Почему я должен говорить вам это? Чем это вам поможет?

[П: Вы должны делать что-нибудь, чтобы получать ваши деньги. По крайней мере объяснить мне что-нибудь.]

А: Что это даст? Вы нисколько не почувствуете себя лучше, чем вы чувствуете себя сейчас.

[П: Может быть это и верно, но я хочу знать как это происходит. Вы должны удовлетворить мое любопытство. Если я погряз в этом несчастье, должен же я по крайней мере знать что-нибудь обо всем этом.]

А: Почему я должен давать вам информацию просто для того, чтобы удовлетворить ваше любопытство?

[П: Перестаньте быть таким жалящим ублюдком и скажите мне что-нибудь! На самом деле вы не можете быть таким бессердечным как кажетесь. Если вы такой, я отрублю вам голову. Я просто хочу чтобы вы сдохли. Вы должны упасть замертво сию минуту.]

А: Вы пытаетесь заставить меня чувствовать безнадежность.

[П: Я хочу убить себя. О, нет. Я убью вас первого. Я не могу оставить этот мир с такой ужасной личностью в нем как вы. Если я умру, то вы умрете первым.]

ОБЪЕКТНЫЙ ТРАНСФЕР

[П: Вот здорово, я ненавижу вас. Более чем кого-либо, кого я когда-то знал. Я прошел здесь через ужасные страдания, а вы не пошевелили даже мизинцем чтобы помочь мне. Все что вы делаете так это задаете глупые вопросы и вставляете непочтительные замечания. Я никогда не предполагал что буду ненавидеть кого-нибудь так сильно. Вы думаете я смогу когда-нибудь ненавидеть мою мать или моего отца так же сильно, как я ненавижу Вас?]

А: Вы когда-нибудь ненавидели вашу мать?

[П: То, что приходит мне в голову, так это моя ненависть к ней, когда она не разрешала мне покататься с отцом. Тогда я ненавидел ее! А она ненавидела меня. Она была так раздражена на меня за то, что я захотел пойти с отцом. Я не хотел оставаться с ней.]

А: Сколько лет вам было в то время?

[П: Должно быть два или три. Я полагаю, что был в том возрасте, когда отец купил новую машину. Мать не разрешила мне пойти с ним. Она так ненавидела меня. Скажите мне, верно ли это? Могла ли она действительно ненавидеть меня и мог ли я ненавидеть её?]

А: То что вы рассказали мне, с тех пор как начался этот анализ, подтверждает то, что ваша мать ненавидела вас. Она ненавидела заботиться о вас; временами она находила вас очень отвратительным. Она была очень занята своими документами и домашними делами, и хотела чтобы вы спокойно играли сами с собой. Она хотела убить вас когда вы не слушались её.

[П: Это верно, все так. Но вы сказали, что я ненавидел себя все эти годы, потому что она ненавидела меня? Вы это имели в виду?]

А: Да, это.

Поскольку эти дискуссии продолжаются, взаимоотношения между пациентом и его родителями реконструируются и их эмоциональное отыгрывание (reenactment) в анализе полностью вербализуется.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Используя себя как зрелого агента в терминах коммуникативной функции, врач не ограничивает себя интервенциями, на которые я обращал основное внимание. Шизофреническому пациенту также требуются те типы коммуникаций, которые обычно используются с другими пациентами. Тем не менее, то, на чем я

сфокусировался, является настолько наиболее необходимым, в успешной работе с нарциссически-трансферным сопротивлением, насколько и наиболее трудным чтобы достичь.

Студент-аналитик, читающий эти главы, несомненно найдет их легкими для интеллектуального постижения и предчувствует небольшие трудности в применении их. Однако, в ситуации лицом к лицу с пациентом все оказывается по-другому. Как его собственные чувства, так и чувства пациента будут препятствовать полному осуществлению этих эмоциональных взаимодействий. Всё же они необходимы и должны быть привлечены в нужный момент в терминах трансфер-контртрансферных состояний.

То, что является наиболее характерным для таких интервенций, так это отношения крайности, которые они выражают. На ранних встречах с шизофреническим пациентом ощущается странность, сверхъестественность, отсутствие чего-то, что вызывает тревогу и беспокойство. Когда пытаешься понять его и воспринимаешь его вербальные попытки к контакту как намеки на то, чтобы вмешаться, понимаешь, что слишком много или слишком мало в межперсональных отношениях. по-видимому, паттернизировало шизофреническую реакцию. Есть люди склонные слишком много молчать или же слишком много говорить.

Начальная позиция терапевта такая же как и у студента, изучающего функционирование пациента. То, что изучается, в конце концов должно быть разделено с пациентом. Тем не менее, вначале терапевт представляет себя подобным пациенту для того чтобы облегчить эго-трансфер. Когда он отвечает на контактное функционирование пациента то, чем вводить что-либо "чужеродное" в отношения, ему лучше утилизировать индуцированные чувства настолько, насколько это необходимо чтобы помочь пациенту ангажироваться в прогрессивной коммуникации. Терапевт понимает что он тогда будет вознагражден за успешную работу с сопротивлением, когда он станет мишенью эмоционального взрыва.

Изучение вербальной мимикрии, которая ведет к вентиляции враждебности, раскрывает природу субъективных впечатлений, что мобилизует враждебные реакции, которые пациент не смог разрядить полностью. Мобилизация и разрядка гнева и ярости освобождают пациента для сотрудничества. Когда эти взрывы изучаются вместе с ним, он описывает сновидения, фантазии или воспоминания. Процесс реконструкции его ранних впечатлений первоначальной ситуации и перемещение "чужеродных" объектных впечатлений из эго-поля психики облегчается, таким образом, освобождающей силой интервенций.

Когда терапевт пересматривает интервенции, которые обеспечили наибольшую эффективность в разрешении нарциссически-трансферного сопротивления, он понимает, почему его ответы произвели большее впечатление, когда он представлял себя как ничтожество или диктатора, чем когда он "признавался" обычным человеком. По-видимому, пациент воспринимает свои ранние объекты как крайности, каждая из которых обеспечивает либо слишком богатый пир, либо голод в человеческих отношениях.

СУЩНОСТЬ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Когда нарциссически-трансферное сопротивление достигает максимума, пациент кажется увязнувшим в непроизвольном повторении нескольких основных и по-настоящему грубых чувств-тонов раннего детства. Он звучит подобно старой шарманке, играющей установленные мелодии снова и снова. Когда наиболее мощные сопротивления к коммуникации разрешаются, он развивает множество оттенков и утонченностей в чувствовании. В конце концов он становится способным испытывать весь спектр человеческих эмоций. По тому, как он выражает их в аналитических отношениях, можно наблюдать эмоциональную эволюцию человеческого существа. В конечном итоге он достигает богатой "оркестровки" зрелой личности.

Успешно излеченный индивид располагает множеством поведенческих паттернов. Поскольку он может выражать свои чувства социально-приемлемым образом, он не избегает контактов, тем не менее, сохраняется огромная провокация для того, чтобы защитить себя от деструктивного поведения. Он также становится способным воспринимать и переносить эмоции других людей. Эмоциональная восприимчивость и непринужденная отзывчивость меняют всю его ориентацию в жизни. Он может спокойно относиться к людям и готов встретить тяжелые реальности без привлечения старой нарциссической защиты. Пациент больше не представляет очевидности своих старых патологических паттернов, за исключением точного диагностического тестирования или искусного интервьюирования.

Выздоровевший пациент выражает отношения, что он совершил путешествие в самораскрытие. "Я только начинаю понимать кем я являюсь на самом деле," — сказала одна женщина. Большинство пациентов чувствуют что они нашли верного и постоянного компаньона в самом себе, с которым можно общаться на языке чувств. Они испытывают это новое осознавание чувств как важное качество в соприкосновении с жизненными случайностями.

Выздоровление не означает, что исчезнут все трудности, или что новые проблемы не встретятся в будущем. Однако пациент теперь способен справляться с проблемами как цельная личность. Значительно возросли его способности к самореализации и счастью, и он может переносить воздействие травматических событий с большой гибкостью. Он развил выдержку и понимание для того чтобы принимать и разрешать психологические конфликты обычных размеров.

Полностью выздоровевший пациент может воспринимать аналитика как человеческое существо. Он способен понимать и описывать недостатки аналитика, конструктивно критиковать лечебный процесс, и предлагать усовершенствования в подходе аналитика. Если позволить ему поступать подобным образом, пациент может описать факторы, которые привели его к болезни и идентифицировать то, что явилось сущностью для его прогресса.

REFERENCES

1. Abraham, Kari: The psycho-sexual differences between hysteria and dementia praecox. *In* Selected Papers on Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1927.

2. —: Notes on the psycho-analytical investigation and treatment j of manic-depressive insanity and allied conditions. *In* Selected Papers on Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1927.

3. Adler, Gerhard: Methods of treatment in analytical psychology. *In* Wolman, Benjamin B. (Ed.): Psychoanalytic Techniques. New York, Basic Books, 1967.

4. Arieti, Suvano: Psychotherapy of Schizophrenia. Arch. Gen. Psych. 6:112-122, 1962.

6. —: Introductory notes on the psychoanalytic therapy of schizophrenics. *In* Burton, Arthur (Ed.): Psychotherapy of the Psychoses. New York, Basic Books, 1961.

6. Bak, Robert C.: The schizophrenic defense against aggression. Int. J. Psychoanal. 36: 129-134, 1954.

7. —: Discussion of Dr. Wexler's paper. *In* Brody, Eugene B., and Redlich, Frederich C. (Eds.): Psychotherapy with Schizophrenics, a New York, International Universities Press, 1952.

8. Balint, Michael: New beginning and the paranoid and the depressive syndromes. Int. J. Psychoanal. 33: 214-224, 1952.

9. —: Regression in the analytic situation. *In* Thrills and Regression. New York, International Universities Press, 1959.

10. —, and Balint, Alice: On transference and countertransference. Int. J. Psychoanal. 20: 223-230, 1939.

11. Binswanger, Ludwig: Sigmund Freud: Reminiscences of a Friend-». ship. New York, Grune & Stratton, 1967.

12. Bleuler, E.: Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York, International Universities Press, 1950.

13. Boyer, L. Bryce, and Giovacchini, Peter L.: Psychoanalytic Treatment of Characterological and Schizophrenic Disorders. New York, Science House, 1967.

14. Bullard, Dexter M.: Psychotherapy of paranoid patients. Arch. Gen. Psychiat. 2: 137-141, 1960.

15. Bychowski, Gustav: Psychotherapy of Psychosis. New York, Grune & Stratton, 1952.

16. Clark, L. Pierce: The fantasy method of analyzing narcissistic neuroses. Psychoanal. Rev. 13: 225-239, 1926.

17. Cohn, Franz: Practical approach to the problem of narcissistic neuroses. Psychoanal. -Quart. 9: 64-79, 1940.

18. Cranefield, P. F.: Josef Breuer's evaluation of his contribution to psychoanalysis. Int. J. Psychoanal. 39: 319-322, 1958.

19. Dement, William C.: Dreaming: a biologic state. Modern Medicine, July 5, 1966, pp. 184-206.

20. Eissler, Kurt: Remarks on some variations in psycho-analytic technique. Int. J. Psychoanal. 39: 222-229, 1958.

21. —: The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. J. Amer. Psychoanal. Ass. 1: 104-143, 1953.

22. Federn, Paul: Ego Psychology and the Psychoses. New York, Basic Books, 1952.

23. Fenichel, Otto: Problems of Psychoanalytic Technique. Albany, New York, Psychoanalytic Quarterly, 1941.

24. —: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, W. W. Norton & Co., 1945.

25. Frankel, Viktor E.: Paradoxical intention. *In* Greenwald, Harold (Ed.): Active Psychotherapy. New York, Atherton Press, 1967.

26. Freeman, Thomas: The concept of narcissism in schizophrenic states. Int. J. Psychoanal. 44: 293-303, 1963.

27. —, Cameron, John L., and McGhie, Andrew: Chronic Schizophrenia. New York, International Universities Press, 1958.

28. Freud, Anna: The methods of children's analysis. *In* The Psycho-Analytical Treatment of Children. New York, International Universities Press, 1959.

29. —: August Aichhorn: An obituary. Int. J. Psychoanal. 32: 51-56, 1951.

30. Freud, Sigmund: Analysis Terminable and Interminable. *In* Collected Papers, Vol. 5.
31. -: An Autobiographical Study. *In* Standard Edition[*] of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 20. London, Hogarth, 1964.
32. Beyond the Pleasure Principle. S. S., Vol. 18.
33. Civilization and its Discontents. London, Hogarth, 1949
34. Fragment of an analysis of a case of hysteria. S. E., Vol. 7
35. Inhibitions, symptoms and anxiety. S. E., Vol. 20.
36. Instincts and their vicissitudes. Collected Papers, Vol. 4. London, Hogarth, 1934.
37. Introductory Lectures on Psycho-analysis (Part III). S. E., Vol. 16.
38. — : Letters to William Fliess, Drafts and Notes. *In* Origins of Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1954.
39. — : Neurosis and Psychosis. Collected Papers, Vol.
40. New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. S. E., Vol. 22
41. Observations on transference love. *In* Collected Papers, Vol. 2. London, Hogarth, 1933.
42. — On beginning the treatment. In Collected Papers, Vol. 2. London, Hogarth, 1933.
43. — On narcissism; an introduction. S. E., Vol. 14.
44. — On the history of the psycho-analytic movement. S. E., Vol. 14
45. — Project for a Scientific Psychology. *In* Origins of Psycho-analysis. New York, Basic Books, 1954.
46. — Psycho-analysis. S. E., Vol. 19.
47. — Remarks on the theory and practice of dream interpretation, S. E., Vol. 19.
48. — and Breuer, Josef: Studies on Hysteria. S. E. Vol. 2.
49. — The dynamics of transference. S. E., Vol. 12.
50. — The Ego and the Id. London, Hogarth, 1935.
51. — The future prospects of psychoanalytic therapy. In Collected Papers, Vol. 2. London, Hogarth, 1933.
52. — The Interpretation of Dreams. S. E., Vols. 4 and 5.
53. — The Moses of Michelangelo. S. E., Vol. 13.
54. — The neuro-psychoses of defense. S. E., Vol. 3.
55. — Recommendations for physicians on the psycho-analytic method of treatment. In Collected Papers, Vol. 2. London, Hogarth, 1933.
56. Fromm-Reichmann, Frieda: Some aspects of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics. In Brody, Eugene B., and Redlich, Frederich C. (Eds.): Psychotherapy with Schizophrenics. New York, International Universities Press, 1952.
57. Gerard, R. W.: Neurophysiology: an integration (molecules, neurons, and behavior). In Handbook of Neurophysiology, Vol. 3. Washington, D. C., American Physiological Society, 1960.
58. Gitelson, M.: The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. Int. J. Psychoanal. 33: 1-10, 1952.
59. Glover, Edward: Psycho-Analysis (ed. 2). New York, Staples Press, 1949.
60. Greenson, Ralph S.: The working alliance and the transference neurosis. Psychoanal. Quart. 34: 155-181, 1965.
61. —: The Technique and Practice of Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1967.
62. Hartmann, Heinz: The metapsychology of schizophrenia. In The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 8. New York, International Universities Press, 1953.
63. Hendrick, Ives: Ego defense and the mechanism of oral rejection in schizophrenia: psychoanalysis of a pre-psychotic case. Int. J. Psychoanal. 12: 298-325, 1931.
64. Hill, Lewis B.: Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia. Chicago, University of Chicago Press, 1955.
65. Jenkins, Richard L.: Nature of the schizophrenic process. Arch. Gen. Psychiat. 64: 243-262, 1950.

[*] S. E. In subsequent references denotes the Standart Edition? Vols. 1-23, 1953-1966

66. —: The schizophrenic sequence: withdrawal, disorganization,
psychotic reorganization. Amer. J. •Orthopsychiat. 22: 738-748, 1952.

67. Jones, Ernest: The Life and Work of Sigmund Freud, Vols. 1, 2, 3. New York, Basic Books, 1953, 19B5, 1957.

68. Jung, Carl: The psychology of dementia praecox. New York, Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1936.

69. Kardiner, Abram: Traumatic neuroses of war. In Arieti, S. (Ed.):
American Handbook of Psychiatry, Vol. 1, pp. 245-257. New York, Basic Books, 1959.

70. Katan, M.: Structural aspects of a case of schizophrenia. In The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 5. New York, International Universities Press, 1950.

71. Klein, Melanie: The importance of symbol-formation in the development of the ego. In Contributions to psychoanalysis, 1921-1945. New York, McGraw-Hill, 1964.

72. —: Notes of some schizoid mechanisms. In Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. and Riviere, J. (Eds): Developments in Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1952.

73. —: The origins of transference. Int. J. Psychoanal. 33: 433-438, 1952.

74. Lagache, Daniel: Some aspects' of transference. Int. J. Psychoanal. 34: 1-10, 1953.

75. Little, Margaret: On delusional transference. Int. J. Psychoanal. 39: 134-138, 1958.

76. —: Transference in borderline states. Int. J. Psychoanal. 47: 476-485, 1966.

77. Meerloo, Joost A. M., and Nelson, Marie Coleman: Transference and Trial Adaptation. Springfield, 111., Charles C Thomas, 1965.

78. Menninger, Karl: Man against Himself. New York, Harcourt Brace, 1938.

79. —: Theory of Psychoanalytic Technique. New York, Basic Books, 1958.

80. Nagelberg, Leo, and Spotnitz, Hyman: Initial steps in the analytic therapy of schizophrenic children. Quart. J. Child Be-hav.4: 57-65,1952.

81. —: Strengthening the ego through the release of frustration-aggression. Amer. J. Orthopsychiat. 28: 794-801, 1958.

82. —, —, and Peldman, Yonata: The attempt at healthy insulation in the withdrawn child. Amer. J. Orthopsychiat. 23: 238-252,1953.

83. Nelson, Marie Coleman: Effects of paradigmatic techniques on the psychic economy of borderline patients. Psychiatry, 25 (No. 2): 119-134, 1962.

84. Nunberg, Herman: The course of the libidinal conflict in a case of schizophrenia. In Practice and Theory of Psychoanalysis. New York, Nerv. Ment. Dis. Mono. No. 74, 1948.

85. and Federn, Ernst (Eds.): Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society, Vol. 1. New York, International Universities Press, 1962.

86. Polatin, Phillip, and Spotnitz, Hyman: Ambulatory insulin shock technique in the treatment of schizophrenia. J. Nerv. Ment. Disease 97: 567-676,1943.

87. Racker, Heinrich: The meanings and uses of countertransference. Psychoanal. Quart. 26: 303-367, 1967.

88. Reich, Annie: On countertransference. Int. J. Psychoanal. 32: 26-31, 1961.

89. Rosen, John N.: Direct Analysis; Selected Papers. New York, Grune & Stratton, 1963.

90. —: Direct Psychoanalytic Psychiatry. New York, Grune & Stratton, 1962.

91. —: The concept of early maternal environment in direct psy-choanalysis. Doylestown, Pa., Doylestown Foundation, 1963.

92. Rosenfeld, Herbert A.: Analysis of a schizophrenic state with de-personalization. Int. J. Psychoanal. 28: 130-139, 1947.

93. —: Notes on the psycho-analysis of a superego conflict of an acute schizophrenic patient. Int. J. Psychoanal. 33: 111-131, 1962.

94. —: On the psychopathology of narcissism. Int. J. Psychoanal. 45: 332-337, 1964.

95. — :Transference-phenomena and transference-analysis in an acute catatonic schizophrenic patient. Int. J. Psychoanal. 33: 467-464, 1952.

96. Saul, Leon J., and Wenar, Solveig: Early influences on development and disorders of personality. Psychoanal. Quart. 34: 327-389, 1965.

97. Schlesinger, Benno: Higher Cerebral Functions and Their Clinical Disorders. New York, Grune & Stratton, 1962.

98. Searles, Harold: Concerning the development of an identity, Psychoanal. Rev. 63: 607-630, 1967.

99. —: Transference psychosis in the psychotherapy of schizophrenia. Int. J. Psychoanal. 44: 249-281, 1963.

100. Sechehaye, Marguerite: A New Psychotherapy in Schizophrenia. New York, Grune & Stratton, 1966.

101. Spotnitz, Hyman: Adolescence and schizophrenia; problems in differentiation. In Lorand, Sandor, and Schneer, Henry I. (Eds.): Adolescents: Psychoanalytic Approach to Problems and Therapy. New York, Paul Hoeber, 1961.

102. —: Techniques for the resolution of the narcissistic defense. In. Wolman, B. B., (Ed.): Psychoanalytic Techniques. New York, Basic Books, 1967.

103. —: The borderline schizophrenic in group psychotherapy. Int.

J. Group Psychother. 7: 166-174, 1957.

104. The Couch and the Circle. New York, Alfred Knopf, 1961.

105/ The narcissistic defense in schizophrenia. Psychoanal. and Psychoanal. Rev. 48 (No. 4): 24-42,1961-1962.

106. —: The need for insulation in the schizophrenic personality. Psychoanal. and Psychoanal. Rev. 49 (No. 3): 3-26, 1962.

107. —: The toxoid response. Psychoanal. Rev. 60: 612-624, 1963-1964.

108. — and Nagelberg, Leo: A preanalytic technique for resolving the narcissistic defense. Psychiatry 23: 193-197, 1960.

109.—, Nagelberg, Leo, and Feldman, Yonata: Ego reinforcement in the schizophrenic child. Amer. J. Orthopsychiat. 26: 146-160, 1966.

110. —, and Resnikoff, P: The myths of Narcissus. Psychoanal. Rev. 41: 173-181, 1964.

111. Stem, Max: Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. Psychoanal. Quart. 7: 467-468, 1938.

112. Stone, Leo: The widening scope of indications for psychoanalysis. J. Amer. Psychoanal. Ass. 2: 567-694, 1964.

113. Waelder, Robert: The psychoses: their mechanisms and accessibility to influence. Int. J. Psychoanal. 6: 269-281, 1926.

114. Wallerstein, Robert S.: Reconstruction and mastery in the transference psychosis. J. Amer. Psychoanal. Ass. 16: 661-683, 1967. 116. Weiss, Edoardo: The phenomenon of "ego passage." J. Amer.

Psychoanal. Ass. 6: 267-281, 1967.

116. Winnicott, Donald W.: Hate in the countertransference. In Collected Papers. New York, Basic Books, 1968.

117. Zilboorg, Gregory: The deeper layers of schizophrenic psychoses. Amer. J. Psychiat. 88: 493-611, 1931.

SUGGESTED READING

GENERAL PERSPECTIVES (CHAPTER 1)

Auerbach, Alfred (Ed.): Schizophrenia; an Integrated Approach, New York, Ronald Press, 1959.

Bellak, Leo (Ed.): Schizophrenia; A Review of the Syndrome. New York, Logos, 1958.

Boyer, L. Bryce, and Giovacchini, Peter L.: Psychoanalytic Treatment of Characterological and Schizophrenic Disorders. New York, Science House, 1967.

Brody, Eugene B., and Redlich, Frederich C. (Eds.): Psychotherapy with Schizophrenics. New York, International Universities Press, 1952.

Dawson, Joseph G., Stone, Herbert K., and Dellis, Nicholas P. (Eds.): Psychotherapy with Schizophrenics. Baton Rouge, La., Louisiana State University Press, 1961.

Fish, F. J.: Schizophrenia. Baltimore, Md., Williams and Wilkins, 1962.

Hoffer, Abram, and Osmond, Humphrey: How to Live with Schizophrenia. New Hyde Park, N.Y., University Books, 1966.

Jackson, D. D. (Ed.): The Etiology of Schizophrenia. New York, Basic Books, 1960.

Kolb, Lawrence C., Kallman, Franz J., and Polatin, Phillip (Eds.): Schizophrenia. Boston, Little Brown, 1964.

Menninger, Karl: Reversible schizophrenia. Amer. J. Psychiatry. 1:573-688, 1921-1922.

Polatin, Phillip: A Guide to Treatment in Psychiatry. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1966.

Rifkin, A. H. (Ed.): Schizophrenia in Psychoanalytic Office Practice. New York, Grune & Stratton, 1957.

Rogers, Carl (Ed.): The Therapeutic Relationship and its Impact; A Study of Psychotherapy with Schizophrenics. Madison, Milwaukee, University of Wisconsin Press, 1967.

Scher, Sam C., and Davis, Howard R. (Eds.): The Out-Patient Treatment of Schizophrenia. New York, Grune & Stratton, 1960.

Usdin, Gene L. (Ed.): Psychoneurosis and Schizophrenia. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1966.

CONCEPTUALIZATION OF THE ILLNESS (chapter 2)

Arieti, Silvano: Interpretation of Schizophrenia. New York, Robert

Brunner, 1955.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., and Weakland, J. H.: Toward a theory of schizophrenia. Behav. Sci. 1:251-264, 1956.

Bettelheim, Bruno: The Empty Fortress; Infantile Autism and the Birth of the Self. New York, Free Press, 1967.

Brown, Norman 0.: Life against Death. Vintage, 1959.

Ehrenwald, Jan: Neurosis in the Family and Patterns of Psychosocial Defense. New York, Harper & Row, 1963.

Gibson, Robert W.: The ego defect in schizophrenia. In Usdin, Gene L. (Ed.): Psychoneurosis and Schizophrenia. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1966.

Hendrick, Ives: Dream resistance and schizophrenia. J. Amer. Psycho-anal. Ass. 6:672-690, 1958.

Laing, R. D.: The Divided Self. London, Penguin, 1966.

Lilly, John C.: The psychophysiological basis for two kinds of instincts. J. Amer. Psychoanal. Ass. 8:659-670, 1960.

Lipton, Samuel D.: Aggression and symptom-formation. (Discussion) J. Amer. Psychoanal. Ass. 9:685-692, 1961.

Lorenz, 'Konrad: On Aggression. New York, Harcourt, Brace & World, 1966.

Mahler, Margaret S. and La Perriere, Kitty: Mother-child interaction during separation-individuation. Psychoanal. Quart. 34: 483-498, 1965.

Rickman, John: A Survey: The development of the psycho-analytical theory of the psychoses (1894-1926). In. Selected Contributions to Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1967.

Scott, John Paul: Aggression. Chicago, University of Chicago Press, 1958.

Silverberg, W. V.: The schizoid maneuver. Psychiatry 10:383-393, 1947.

Sluckin, W.: Imprinting and Early Learning. Chicago, Aldine Publishing Co., 1967.

Spitz, Rene: No and Yes: On the Genesis of Human Communication. New York, International Universities Press, 1967.

The First Year of Life. New York, International Universities Press, 1966.

Stuart, Grace: Narcissus; A Psychological Study of Self-Love. New York, Macmillan Co., 1966.

Winnicott, Donald W.: The Maturational Processes and the Facilitating Environment. New York, International Universities Press, 1966.

AMPLIFICATION OF THE BASIC THEORY (CHAPTER 3)

Arlow, Jacob A., and Brenner, Charles: Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory. New York, International Universities Press, 1964.

Ferenezi, Sandor: Thalassa, A Theory of Genitality. Albany, N. Y. Psychoanalytic Quarterly, 1938.

Guntrip, Harry: Personality Structure and Human Interaction. New York, International Universities Press, 1961.

Kanzer, Mark, and Blum, Harold P.: Classical psychoanalysis since 1939. In Wolman, B. B. (Ed.): Psychoanalytic Techniques. New York, Basic Books, 1967.

Lampl-de Groot, Jeanne: On obstacles standing in the way of psychoanalytic therapy. In Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 22. New York, International Universities Press, 1967.

Lewin, Bertram D.: The Psychoanalysis of Elation. New York, W. W.

Norton, 1950. Pao, Ping-Nie: The role of hatred in the ego. Psychoanal. Quart. 34: 257-264, 1965.

Rapaport, David: The Structure of Psychoanalytic Theory; A system-atizing attempt. In Psychological Issues, Vol. II, No. 2. New York, International Universities Press, 1960.

Saizman Leon, and Masserman, Jules (Eds.): Modern Concepts of Psychoanalysis. New York, Citadel Press, 1962.

Schumacher, John: "Hate bond" treatment provides delinquent with conscience. Frontiers of Clinical Psychiatry (Roche Report) 5, (No. 5), March 1,1968.

Spitz, Rene A.: A Genetic Field Theory of Ego Formation. New York, International Universities Press, 1959.

Waelder, Robert: Basic Theory of Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1960.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH (CHAPTER 4)

Amacher, Peter: Freud's neurological education and its influence on Psychoanalytic theory. In Psychological Issues, Vol. IV, No. 4. New York, International Universities Press, 1965.

Fisher, Charles: Psychoanalytic implications of recent research on
sleep and dreaming. J. Amer. Psychoanal. Ass. 13:197-303, 1965.

Freeman, Lucy: The mind as Freud saw it. In Why People Act that Way. New York, Thomas Crowell, 1965.

Greenfield, Norman S., and Lewis, William C. (Eds.): Psychoanalysis and Current Biological Thought. Madison and Milwaukee, Wisconsin, University of Wisconsin Press, 1965.

Klein, George S.: On hearing one's own voice; an aspect of cognitive control in spoken thought. In Schur, Max (Ed.): Drives, Affects, Behavior, Vol. 2. New York, International Universities Press, 1965.

Lennard, H. and Bernstein, A.: The Anatomy of Psychotherapy: Systems of Communications and Expectation. New York, Columbia University Press, 1960.

Penfield, Wilder and Roberts, Lamar: Speech and Brain-Mechanisms. Princeton, NJ., Princeton University Press, 1959.

Rado, Sandor: Psychoanalysis of Behavior (Collected Papers). Vols. I and II. New York, Grune & Stratton, 1956 and 1962.

—, and Daniels, George E.: Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine. New York, Grune & Stratton, 1956.

Rapaport, David: Emotions and Memory (ed. 2). New York, International Universities Press, 1950.

Solomon, Philip, Kubzansky, Philip E., Leiderman, P. Herbert, Mendelson, Jack H., Trumbull, Richard, and Wexler, Donald (Symposium): Sensory Deprivation. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1961.

Whyte, Lancelot: The Unconscious before Freud. New York, Basic Books, 1960.

FROM RUDIMENTARY TO COOPERATIVE RELATIONSHIP (CHAPTER 5)

Brody, Eugene B.: What do schizophrenics learn during psychotherapy and how do they learn it? J. Nerv. Ment. Dis., 127 (No. 1) July, 1958.

Brody, Selwyn: Syndrome of the treatment rejecting patient. Psychoanal. Rev. 51: 243-252, 1964.

Davis, Harold: Short-term psychoanalytic therapy with hospitalized schizophrenics. Psychoanal. Rev. 52:421-488, 1965-1966.

Ekstein, Rudolf, and Wallerstein, Robert S.: The Teaching and Learning of Psychotherapy. New York, Basic Books, 1957.

Knoepfmacher, Lia: Child guidance work based on psychoanalytic concepts. Nerv. Child 5: 178-198, 1946.

Kolodney, Etta: The lessening of casework dependency needs through therapy. Amer. J. Orthopsychiat. 24: 98-110, 1954.

Kubie, Lawrence S.: Practical and Theoretical Aspects of Psycho-analysis. New York, International Universities Press, 1950.

Love, Sidney, and Feldman, Yonata: The disguised cry for help; narcissistic mothers and their children. Psychoanal. Rev. 48 (No. 2) 1-16, 1961.

Family Therapy

Ackerman, Nathan W.: Treating the Troubled Family. New York, Basic Books, 1966.

Boszormenyi-Nagy, Ivan and Framo, James L. (Eds.): Intensive Family Therapy; Theoretical and Practical Aspects. New York, Harper&Row, 1965.

Mishler, Elliott G. and Waxier, Nancy E. (Eds.): Family Processes and Schizophrenia. New York, Science House, 1967.

Group Psychotherapy

Day, Max and Semrad, Elvin: Psychoanalytically oriented group psychotherapy. In Wolman, B. B. (Ed.): Psychoanalytic Techniques. New York, Basic Books, 1967.

Geller, Joseph J., Papanek, Helene, Spotnitz, Hyman, and Wolman, Benjamin B.: Group therapy for schizophrenics. Frontiers of Clinical Psychiatry (Roche Report) 4, (No. 16) Sept 16, 1967.

Ormont, Louis R.: The resolution of resistances by conjoint psycho-analysis. Psychoanal. Rev. 61:426-437, 1964.

Rosenthal, Leslie: A study of resistances in a member of a therapy group. Int. J. Group Psychother. 13:316-327, 1963.

Slavson, S. R.: A Textbook in Analytic Group Psychotherapy. New York, International Universities Press, 1964.

RECOGNITION AND UNDERSTANDING OF RESISTANCE (CHAPTER 6)

Artiss, Kenneth L. (Ed.): The Symptom as Communication in Schizophrenia. New York, Grune & Stratton, 1969.

Bloch, Dorothy: Feelings that kill; the effect of the wish for infanticide in neurotic depression. Psychoanal. Rev. 62:61-66, 1966.

Bychowski, Gustav: Struggle against the introjects. Int. J. Psychoanal. 39:182-187, 1968.

Clevans, Ethel: The fear of a schizophrenic man. Psychoanal. 6 (No. 4):68-67, 1967.

Dahl, Hartvig: Observations on a "natural experiment;" Helen Keller. J. Amer. Psychoanal. Ass. 13:633-660, 1965.

Freud, Anna: The Ego and the Mechanisms of Defense. New York, International Universities Press, 1946.

Glover, Edward: Basic Mental Concepts. London, Imago Publishing Co., 1962.

Jacobson, Edith: The Self and the Object World. New York, International Universities Press, 1964.

Levitan, Harold L.: Depersonalization and the dream. Psychoanal. Quart., 36:167-171, 1967.

Reich, Wilhelm: Character-Analysis. New York, Orgone Institute Press, 1946.

Weiss, Edoardo: The Structure and Dynamics of the Human Mind. New York, Grune & Stratton, 1960.

—: Internalized objects in paranoid schizophrenia and manic-depressive states. Psychoanal. Rev. 60.688-603, 1963-1964.

MANAGEMENT AND MASTERY OF RESISTANCE (CHAPTER 7)

Bibring, Edward: Psychoanalyse and the dynamic psychotherapies, J. Amer. Psychoanal. Ass. 2:746-770, 1954.
Ekstein, Rudolf: Historical notes concerning psychoanalysis and early language development. J. Amer. Psychoanal. Ass. 13:717-731, 1966.
Glover, Edward: The Technique of Psycho-analysis (Chapters IV, V). New York, International Universities Press, 1966.
Greenson, Ralph R.: The problem of working through. In Schur, Max, (Ed.): Drives, Affects, Behavior, Vol 2. New York, International Universities Press, 1966.
Loewenstem, B. K.: Some remarks on the role of speech in psychoanalytic technique. Inter. J. Psychoanal. 37:460-467, 1966.
Nacht, Sascha: Psychoanalysis of Today. New York, Grune & Stratton, 1969.
Novey, Samuel: The principle of "working through" in psychoanalysis. J. Amer. Psychoanal. Ass. 10:668-676, 1962.

TRANSFERENCE (CHAPTER 8)

Berg, Charles: Deep Analysis. London, George Alien & Unwin, 1946.
Bion, W. R.: Language and the schizophrenic. In Klein, M., Heimann, P., and Money-Kyrle, R. (Eds.): New Directions in Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1955.
Bychowski, Gustav: Problems of transference. In Psychotherapy of Psychosis. New York, Grune & Stratton, 1952.
Ekstein, Rudolf, and Friedman, Seymour: Object constancy and psychotic reconstruction. Psychoanalytic Study of the Child, vol. 22. New York, International Universities Press, 1967.
Glover, Edward: The Technique of Psycho-analysis (Chapters VII, VIII). New York, International Universities Press, 1955.
Greenacre, Phyllis: The role of transference; practical considerations in relation to psychoanalytic therapy. J. Amer. Psychoanal. Ass. 2: 671-684, 1954.
Orr, Douglas W.: Transference and countertransference; A historical survey. J. Amer. Psychoanal. Ass. 2:621-670, 1954.
Schecter, David E.: Identification and individuation. J. Amer. Psychoanal. Ass. 16:48-80, 1968.
Zetzel, Elizabeth R.: Current concepts of transference. Inter. J. Psychoanal. 37:369-376, 1956.

COUNTERTRANSFERENCE (CHAPTER 9)

Alexander, Franz: Current views on psychotherapy. Psychiatry 16:113-122, 1953.
Burton, Arthur: The quest for the golden mean: a study in schizophrenia. In Burton, A. (Ed.): Psychotherapy of the Psychoses. New York, Basic Books, 1961.
Colby, Kenneth Mark: An Introduction to Psychoanalytic Research. New York, Basic Books, 1960.
Fleiss, R.: Countertransference and counteridentification. J. Amer. Psychoanal. Ass. 1:268-284, 1953.
Fleming, Joan, and Benedek, Therese: Psychoanalytic Supervision. NewYork, Grune & Stratton, 1966.
Fromm-Reichmann, F.: Principles of Intensive Psychotherapy. Chicago, University of Chicago Press, 1950.
—: Psychoanalysis and Psychotherapy (Selected Papers). Chicago, University of Chicago Press, 1959.

Glover, Edward: The Technique of Psycho-analysis (Chapters I, VI). New York, International Universities Press, 1955.

Grinberg, Leon: On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. Int. J. Psychoanal. 43:436-440, 1962.

Kernberg, Otto: Borderline personality organization. J. Amer. Psychoanal. Ass. 16:641-666, 1967.

Little, Margaret: "R"—the analyst's total response to his patient's needs. Inter. J. Psychoanal. 38:240-254, 1957.

Meerloo, Joost A. M.: Hidden Communion: Studies in the Communication Theory of Telepathy. New York, Garret Publications, 1964.

Nacht, Sascha: Interference between transference and countertransference. In Schur, Max (Ed.): Drives, Affects, Behavior, Vol. 2. New York, International Universities Press, 1965.

Packer, Heinrich: A contribution to the problem of counter-transference. Int. J. Psychoanal. 34:313-324, 1953.

Savage, C.: Countertransference in the therapy of schizophrenics. Psychiatry, 24:53-60, 1961.

Tauber, Edward S.: The therapeutic use of countertransference. Psychiatry 17:331-336, 1964.

Thompson, Clara: Interpersonal Psychoanalysis (Chapter 18). New York, Basic Books, 1954.

Winnicott, D. W.: Collected Papers, New York, Basic Books, 1958.

Wolstein, Benjamin: Countertransference. New York, Grune & Stratton, 1959.

INTERVENTIONS (CHAPTER 10)

Aull, Gertrude, and Strean, Herbert: The analyst's silence. Psychoanal. Forum, 2 (No. 1):72-87, 1967.

Braatoy, T.: Fundamentals of Psychoanalytic Technique. New York, John Wiley and Sons, 1954.

Eissler, Kurt R.: Notes upon the emotionality of a schizophrenic patient and its relation to problems of technique. Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 8, New York, International Universities Press, 1953.

Freud, Anna: Normality and Pathology in Childhood. New York, International Universities Press, 1965, pp. 227-235.

Grossman, David: Ego-Activating Approaches to Psychotherapy. Psychoanal. Rev. 61:401-423, 1964.

Kesten, J.: Learning for spite. Psychoanal. 4 (No. 1): 63-67, 1955.

Livingston, Goodhue: The role of activity in the treatment of schizoid or schizophrenic patients. In Greenwald, Harold (Ed.): New York, Atherton Press, 1967.

Lorand, Sandor: Technique of Psychoanalytic Therapy. New York, International Universities Press, 1946.

Love, S. and Mayer, H.: Going along with defenses in resistive families, i J. Soc. Casework, February, 1955, pp. 130-136.

Nelson, Marie Coleman: Externalization of the toxic introject. Psycho- 1] ' anal. Rev. 43 (No. 2) :236-242, 1956.

—: Role induction: A factor in psychoanalytic therapy. In Paradigmatic Approaches to Psychoanalysis: (Four papers). New York, Stuyvesant Polyclinic, 1962.

Reik, Theodor: Listening with the Third Ear. New York, Farrar Straus, 1948.

—: Surprise and the Psychoanalyst; On the Conjecture and Comprehension of Unconscious Processes. New York, Dutton, 1935.

Saul, Leo J.: Technic and Practice of Psychoanalysis. Philadelphia, Lippincott, 1959.

Scheflen, Albert E.: A Psychotherapy of Schizophrenia; Direct Analysis. Springfield, 111., Charles C Thomas, 1961.

Sherman, M. H.: Siding with the resistance in paradigmatic psychotherapy. Psychoanal. Rev. 48 (No. 4): 43-69, 1961-1962.

Spotnitz, Hyman: The Maturational Interpretation. Psychoanal. Rev. 53: 490-493, 1966.

Stekel, Wilhelm: Technique of Analytical Psychotherapy. New York, Liveright Publishing Corp., 1950.

Sternbach, 0. and Nagelberg, L.: On the patient-therapist relationship in some untreatable cases. Psychoanal. 6 (No. 3): 63-70, 1957.

Strean, Herbert S.: The contribution of paradigmatic psychotherapy to Psychoanalysis. Psychoanal. Rev. 61:365-381, 1964.

—: The use of the patient as consultant. Psychoanal. Rev. 46 (No. 2).-36-44, 1959.

Symonds, Percival S.: Dynamics of Psychotherapy, Vols. I, II, III. New York, Grune & Stratton, 1956, 1957, 1958.

Wolberg, Lewis R.: The Technique of Psychotherapy (Ed. 2). New York, Grune & Stratton, 1967.

NAME INDEX

SUBJECT INDEX

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. "Англо-русский словарь" В.К. Мюллер: СПБ, Академический проект, 1997 г.
2. "Словарь современного английского языка" в 2-х томах: Москва; Русский язык, 1992 г.
3. "Англо-русский словарь" под редакцией О.С. Ахмановой и Е.А.М. Уилсон: Москва; Русский язык, 1975 г.
4. "Современный словарь иностранных слов": Москва, Русский язык, 1992 г.
5. "Современный психоанализ" Х. Томэ:, Х. Кэхеле в 2-х томах, пер. с англ., общ. ред. А.В. Казанской: издательская группа "Прогресс литера", издательство агенства "Яхтсмен", Москва, 1996 г.
6. "Словарь по психоанализу" Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис. Пер. с франц. Н.С. Автономовой: Москва, "Высшая школа", 1996 г.
7. "Критический словарь психоанализа" Ч. Райкрофт. Пер. с англ. Л.В. Топорова и др.: ВЕИП, СПБ, 1995 г.